RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2004-2005

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Québec

106-00765/

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2004-2005

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Santé
et Services sociaux
Québec

Coordination
Direction générale adjointe de la planification stratégique.

Le présent document peut être consulté à
la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications**
du site Web du ministère de la Santé
et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est
maintenant disponible qu'en version électronique.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne
aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005
ISBN 2-550-45457-X (version imprimée)
ISBN 2-550-45458-8 (version pdf)
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.
© Gouvernement du Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2004-2005

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Message des ministres

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

En conformité avec les dispositions de la Loi sur l'administration publique, c'est avec plaisir que nous vous déposons le rapport annuel de gestion 2004-2005 du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette année, le rapport annuel de gestion porte, d'une part, sur des objectifs contenus dans la planification stratégique 2001-2004 pour lesquels des résultats étaient attendus au cours de l'année 2004-2005 et, d'autre part, sur des objectifs relatifs aux premières ententes de gestion et d'imputabilité convenues entre le Ministère et les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ainsi qu'aux attentes administratives signifiées par le Ministère à ces dernières. De plus, le rapport annuel de gestion fournit des renseignements sur l'utilisation des ressources et sur le respect des exigences législatives et gouvernementales en vigueur.

Le présent rapport annuel de gestion témoigne d'une année de transition, tant sur le plan de l'organisation des services que sur celui de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Parmi les changements apportés, notons, entre autres, la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ainsi que l'implantation du nouveau mode d'allocation des ressources basé sur une approche populationnelle. Ces transformations permettent d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services de santé et de services sociaux destinés à la population québécoise.

Nous profitons de l'occasion pour souligner les efforts et l'engagement de l'ensemble du personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux, dont chacun des membres contribue quotidiennement à l'amélioration des soins et des services dispensés à la population québécoise.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Margaret F. Delisle
Ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation

Message du sous-ministre

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame Margaret F. Delisle
Ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation

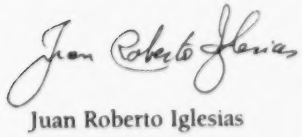
Monsieur le Ministre,
Madame la Ministre déléguée,

Je vous transmets le rapport annuel de gestion 2004-2005. Les objectifs présentés reflètent les principales actions réalisées au cours de l'année au sein du Ministère et à travers le réseau sociosanitaire afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux. Ils s'inscrivent en continuité avec les derniers exercices de reddition de comptes, tout en amorçant la migration vers les objectifs contenus dans le *Plan stratégique 2005-2010*.

Le rapport annuel de gestion comprend une déclaration de la direction du Ministère sur la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a également été effectuée par la Direction de la vérification interne.

Je tiens à remercier le personnel ministériel pour leurs réalisations tout au long de l'exercice 2004-2005 ce qui nous a permis d'atteindre ou de progresser vers les résultats souhaités pour le système de santé et de services sociaux.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre et Madame la Ministre déléguée, l'expression de mes sentiments distingués.



Juan Roberto Iglesias
Le sous-ministre

Table des matières

Liste des sigles 13

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux 15

Le rapport de validation de la vérification interne 17

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux 19

1.1 **La mission** 19

1.2 **L'organisation administrative** 19

1.3 **Les organisations régionales** 20

1.4 **Les établissements** 21

1.5 **Les ressources complémentaires** 21

1.6 **Le système de santé et de services sociaux** 22

1.7 **Les partenaires du domaine sociosanitaire** 22

1.8 **Les acteurs des autres secteurs d'activité** 23

1.9 **Les ressources humaines** 23

1.10 **Les usagers du système de santé et de services sociaux** 24

Partie 2

Les faits saillants de l'année 2004-2005 25

2.1 **Des modifications législatives** 25

2.2 **La consolidation des changements entrepris dans le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux** 26

2.3 **Les communications avec le citoyen** 26

2.4 **Des politiques, des programmes et des plans d'action du Ministère** 27

2.5 **Les médicaments** 28

Partie 3

Le contexte 29

3.1 **L'évolution des besoins** 29

3.2 **Le vieillissement de la population** 30

3.3 **Les changements dans les modes d'organisation et les pratiques** 30

3.4 **Les nouvelles technologies** 31

3.5 **L'adaptation des modes de gestion** 31

3.6 **La croissance soutenue des dépenses sociosanitaires** 32

Partie 4

La présentation des résultats 33

ENJEU 1

Développer des actions efficaces en amont des problèmes 36

Les plans d'action en santé publique 36

ENJEU 2

Adapter l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables 37

Les services généraux destinés à l'ensemble de la population 37

Les urgences 42

Les chirurgies 46

Les habitudes de vie et les maladies chroniques 48

Le cancer 52

Les services préhospitaliers d'urgence 57

Les personnes âgées en perte d'autonomie 58

Les jeunes et leur famille 64

La santé mentale 74

Les incapacités liées aux déficiences 82

Les dépendances 87

ENJEU 3

Améliorer la qualité des services et optimiser l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services 90

La prestation sécuritaire des services 90

Le système du sang 91

Les ressources humaines 92

Les ressources informationnelles 102

Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux 106

ENJEU 4

Gérer de façon efficiente les ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux 107

L'équilibre budgétaire 107

Partie 5

L'utilisation des ressources 109

5.1 **Les ressources humaines** 109

5.2 **Les ressources financières** 110

5.2 **Les ressources informationnelles** 114

Partie 6

L'application de certaines politiques gouvernementales 117

6.1 **L'analyse différenciée selon les sexes** 117

6.2 **L'accès à l'égalité en emploi et le plan d'embauche** 118

6.3 **Le bilan des moyens pris pour actualiser la politique concernant la santé des personnes au travail** 120

6.4 **L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels** 121

6.5 **La politique linguistique** 123

6.6 **L'éthique et la déontologie** 123

6.7 **Le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec** 124

6.8 **Les engagements et les réalisations en ce qui concerne l'allègement réglementaire et administratif pour les entreprises** 131

Partie 7

Les annexes 132

Annexe I **La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux** 132

Annexe II **L'organigramme du Ministère** 134

Annexe III **Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux** 136

Liste des sigles

L'usage des sigles a été privilégié afin de faciliter la lecture.

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
BDCU	Banque de données communes des urgences
CAI	Commission d'accès à l'information
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CAUREQ	Centre d'appels d'urgence des régions de l'Est-du-Québec
CCNU	Centre de coordination nationale sur les urgences
CCS	Centre de communication santé
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CMOT	Comité ministériel sur l'organisation du travail
CMQ	Collège des médecins du Québec
CODIR	Comité de direction ministériel
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CPM	Conseil pour la protection des malades
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSIE	Système de demande de services inter-établissements
ETC	Équivalent temps complet

GMF	Groupe de médecine de famille
ICI	Intervention comportementale intensive
ITS	Infection transmissible sexuellement
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PAE	Programme d'aide aux employés
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
RIAT	Rapport d'incident/accident transfusionnel
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RSQ	Recrutement Santé Québec
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaires
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SGAS	Système informatisé de gestion de l'accès aux services
SICDI	Système d'information clientèle en déficience intellectuelle
SICDP	Système d'information clientèle en déficience physique
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SIGPAQS	Système d'information pour la gestion des plaintes et de la qualité aux services
SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SRAS	Symptôme respiratoire aigu sévère
TED	Trouble envahissant du développement

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de notre responsabilité. Celle-ci porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés dans le *Plan stratégique 2001-2004* pour lesquels des résultats étaient attendus, dans les ententes de gestion et d'imputabilité convenues entre le Ministère et les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ainsi que dans les attentes administratives signifiées par le Ministère à ces dernières.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contient la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information[1] présentée dans le rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux, ci-après appelé Ministère, ainsi que les contrôles y afférents sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2005.

Les membres du Comité de direction,

Juan Roberto Iglesias
Sous-ministre

Jocelyne Dagenais
Sous-ministre adjointe
Planification stratégique, évaluation et gestion de l'information

Jacques Larouche
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

Roger Paquet
Sous-ministre associé
Coordination, Financement et Equipements

Michel A. Bureau
Directeur général
Services de santé et médecine universitaire

Marie-Josée Guérette
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 6 septembre 2005

1. Voir le commentaire relatif à la fiabilité des résultats dans certains secteurs d'activité de la section « La présentation des résultats ».

Le rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Sous-Ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contient la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2005. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

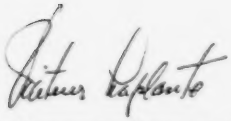
Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter sur l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Tel que mentionné à la section « La présentation des résultats » relatif à la fiabilité des résultats fournis par les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, certaines données proviennent de banques d'information centrales qui sont validées plusieurs mois après la fin de l'année financière. En conséquence, nous n'avons pu quantifier les modifications qui seront apportées ultérieurement à des résultats présentés dans ce rapport annuel de gestion. Les résultats concernés par cette remarque sont identifiés lors de leur présentation.

Au terme de notre examen, en considérant le commentaire ci-haut mentionné, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans la section « La présentation des résultats » du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,



Viateur Laplante, F. Adm. A.
Directeur

Daniel Paquet, c.a.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, le 6 septembre 2005

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), autrefois nommé ministère des Affaires sociales, a été créé le 20 juin 1985, avec l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette loi venait remplacer la Loi sur le ministère des Affaires sociales, édictée en 1970.

1.1 La mission

Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

En fonction de sa mission, le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Il doit, en outre, établir les priorités et les orientations dans les domaines des services sociaux et de la santé ainsi que dans le domaine de la santé publique. Il veille à leur mise en œuvre auprès des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et auprès du réseau des établissements. Le Ministère évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Le Ministère peut aussi proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

Les lois régissant et encadrant ses activités sont présentées à l'annexe I.

1.2 L'organisation administrative

Une nouvelle organisation administrative est effective depuis le 1er avril 2004. Il y a désormais sept directions générales :

- la Direction générale de la santé publique;
- la Direction générale des services sociaux;
- la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire;
- la Direction générale de la coordination;
- la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information;
- la Direction générale du personnel réseau et ministériel;
- la Direction générale du financement et de l'équipement.

Parmi les changements organisationnels apportés au cours de l'année 2004-2005 figure la mise en place d'une direction de la qualité. Cette nouvelle direction est le reflet de l'importance donnée à la qualité des services offerts à la population. Elle aura notamment pour mandat d'accompagner les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et les établissements dans leur poursuite de l'amélioration continue de la qualité des services en rendant disponibles des outils et des stratégies d'action. L'organigramme du Ministère, présenté à l'annexe II, illustre la structure ministérielle au cours de l'exercice 2004-2005.

Regroupés à l'intérieur des sept directions générales, le Ministère compte, au 31 mars 2005, 848 postes réguliers autorisés et 33 ETC (équivalents temps complet) occasionnels autorisés pour un total de 881 ETC.

Par ailleurs, en plus du Ministère, douze organismes exerçant des responsabilités administratives ou ayant un rôle consultatif relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces organismes, composés de 72 employés à temps complet (réguliers et occasionnels), sont décrits à l'annexe III. Trois d'entre eux – le Comité de la santé mentale du Québec, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie et le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise – ne produiront pas leur propre rapport annuel de gestion. La reddition de comptes concernant leurs principales actions réalisées au cours de l'exercice 2004-2005 est aussi présentée à l'annexe III.

1.3 Les organisations régionales

Le Ministère remplit sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui sont imputables de l'organisation des services sur leur territoire respectif. Depuis le 30 janvier 2004, il y a quinze agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, ci-après appelées les agences. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans la région du Nord-du-Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, dans la région du Nunavik, ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Les agences exercent les fonctions nécessaires à la coordination et à la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région, particulièrement en matière de financement, de planification des ressources humaines et d'accès aux services spécialisés. Elles fournissent également les services régionaux de santé publique en matière de surveillance de l'état de santé et de bien-être, de promotion, de prévention et de protection.

1.4 Les établissements

En 2004-2005, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de 317 établissements, dont 195 étaient publics et 122 privés. Ces établissements sont des entités juridiques dotées de capacités et de responsabilités légales et ils détiennent un permis du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les 195 établissements publics se répartissent comme suit :

- 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS), nés de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH);
- 32 centres hospitaliers;
- 12 centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- 16 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- 40 centres de réadaptation.

Les 317 établissements se découpent en installations, ce qui représente, au 31 mars 2005, 1 786 lieux physiques répartis sur l'ensemble du territoire québécois où sont dispensés des soins de santé et de services sociaux à la population du Québec.

Il faut aussi souligner qu'actuellement cinq établissements ont un statut de centre hospitalier universitaire (CHU) et cinq autres, un statut de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU). Trois CSSS ayant une mission CLSC ont également une désignation universitaire et, enfin, sept établissements sont désignés instituts universitaires, soit quatre dans le secteur de la santé et trois dans le secteur social.

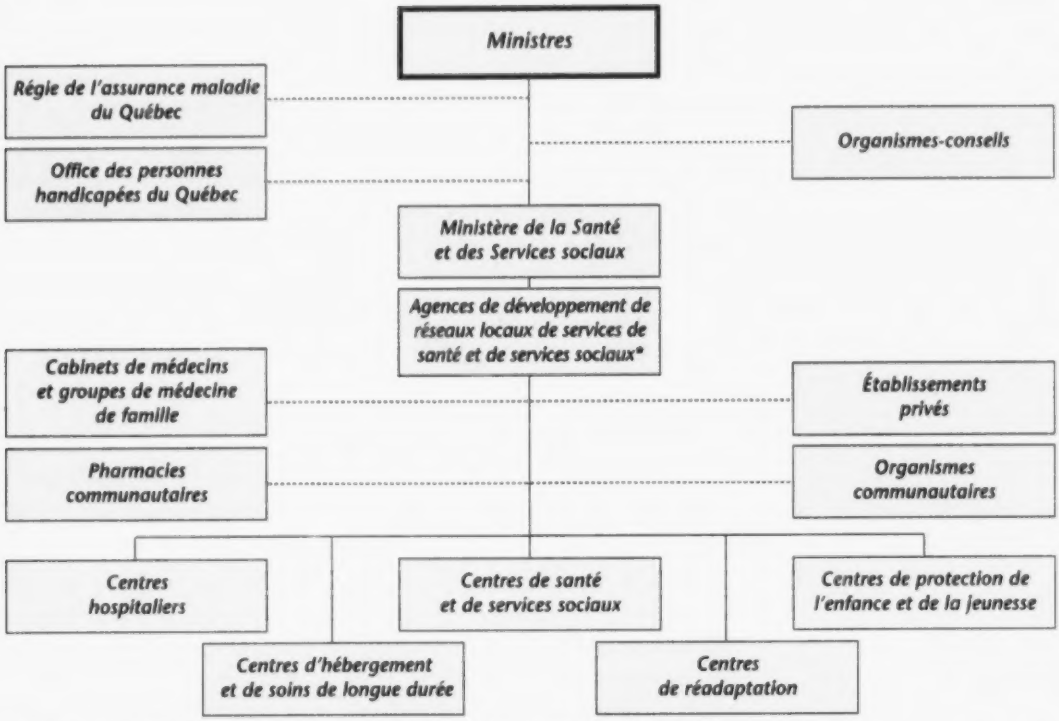
Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont également été mis en place afin d'assurer la prestation de soins spécialisés et surspécialisés dans l'ensemble des régions du Québec.

1.5 Les ressources complémentaires

Outre les ressources institutionnelles déjà nommées, des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale viennent compléter l'action du réseau public. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 840 cliniques médicales d'omnipratique, dont 99 groupes de médecine de famille (GMF);
- 1 600 pharmacies communautaires;
- 1 631 ressources intermédiaires;
- 9 945 ressources de type familial;
- 2 480 résidences privées avec services pour personnes âgées;
- 2 919 organismes communautaires;
- 103 entreprises d'économie sociale en aide domestique, qui offrent des services aux quelque 76 000 personnes bénéficiant du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

1.6 Le système de santé et de services sociaux



* Remplacent les régies régionales de la santé et des services sociaux depuis le 30 janvier 2004.

1.7 Les partenaires du domaine sociosanitaire

Des organisations très actives dans le secteur de la santé et des services sociaux sont aujourd'hui reconnues comme des partenaires indispensables à la mission du Ministère :

- 7 associations représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- 22 ordres professionnels assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques;
- plusieurs organismes du mouvement associatif défendent les intérêts des différents groupes d'usagers;
- plusieurs des grandes organisations syndicales que compte le Québec représentent les employés du secteur de la santé et des services sociaux.

De plus, depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments (RGAM), un régime mixte public-privé à caractère universel, le Ministère a établi des partenariats privilégiés avec les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique.

1.8 Les acteurs des autres secteurs d'activité

La plupart des autres secteurs de l'État sont concernés quand il s'agit de prévenir les problèmes de santé et de bien-être et de soutenir les personnes vulnérables. Les ministères et les organismes doivent agir de concert, c'est-à-dire en intersectorialité, pour intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être (revenu, éducation, environnement, etc.). Le Ministère s'associe avec plusieurs partenaires gouvernementaux, notamment avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, le ministère de la Justice, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ainsi que le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes.

Tant sur le plan régional que sur le plan local, le Ministère et son réseau entretiennent également des relations directes avec les milieux de vie, comme les écoles ou les milieux de travail, ainsi qu'avec les municipalités. C'est au cœur de la communauté que se concrétise l'intersectorialité par les actions concertées des acteurs des différents milieux de vie. Les projets mis sur pied sont souvent très divers, mais ils visent tous à améliorer la qualité de vie des citoyens, en s'adaptant aux besoins et aux ressources spécifiques du milieu. D'étroites collaborations sont donc établies avec des organisations, tels le centre local de développement, les bureaux régionaux ou locaux d'autres ministères et organismes, les organismes communautaires, les centres d'action bénévole, les associations caritatives et les fondations.

1.9 Les ressources humaines

La main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux représente environ 6,7 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 269 600 personnes hautement qualifiées qui composent le réseau sociosanitaire en 2004-2005, il y a approximativement :

- 881 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et 1 295 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ);
- 246 000 salariés, cadres ou syndiqués, dont 104 400 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires;
- 21 400 professionnels touchant une rémunération de la RAMQ, dont 7 550 médecins omnipraticiens et 7 710 médecins spécialistes ainsi que 1 590 pharmaciens-propriétaires, 3 360 dentistes et 1 190 optométristes.

1.10 Les usagers du système de santé et de services sociaux

Le Ministère et son réseau offrent des services de santé et des services sociaux à l'ensemble de la population du Québec, que ce soit aux enfants, aux adolescents, aux adultes, aux personnes âgées, aux familles ou à d'autres groupes particuliers. Le bilan des principales actions, en 2004-2005, se présente comme suit :

- près de 6 millions de personnes ont reçu des services médicaux (environ 80 % de la population);
- plus de 3,2 millions d'individus – c'est-à-dire environ 1,7 million d'adhérents, 544 300 prestataires d'assistance-emploi et 900 800 personnes âgées – ont été couverts par la partie publique du RGAM qui permet à l'ensemble de la société québécoise de bénéficier d'une couverture pour les médicaments;
- plus de 2 millions de personnes ont été vaccinées;
- plus de 632 000 hospitalisations ont été effectuées dans des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dont 5,6 % pour des problèmes de santé mentale;
- plus de 462 000 chirurgies ont été effectuées, dont 61 % étaient des chirurgies d'un jour;
- plus de 284 000 personnes, dont 157 637 en perte d'autonomie, ont reçu des services de soutien à domicile;
- plus de 72 000 personnes ont été hébergées, durant l'année, dans des CHSLD;
- près de 43 500 personnes ont résidé dans des ressources de type intermédiaire ou familial, dont 17 700 jeunes vivant dans les familles d'accueil;
- environ 25 000 jeunes ont fait l'objet d'une évaluation par les CPEJ après que plus de 28 500 signalements eurent été retenus sur les 63 000 signalements traités;
- près de 64 700 personnes ont reçu des services de réadaptation en déficience physique;
- environ 25 200 personnes ont profité des services de réadaptation en déficience intellectuelle;
- près de 3 100 personnes ont reçu des services de réadaptation en raison d'un trouble envahissant du développement;
- environ 35 700 personnes alcooliques ou toxicomanes ont bénéficié de services de réadaptation;
- environ 5 300 personnes ont obtenu des services d'aide aux joueurs compulsifs.

Partie 2

Les faits saillants de l'année 2004-2005

L'année 2004-2005 a été marquée, notamment, par l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la naissance des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les principales réalisations effectuées durant l'année dans différents secteurs sont présentées ci-après.

2.1 Des modifications législatives et réglementaires

En mai 2004, le ministère de la Justice, associé au Ministère, a approuvé le Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice des sages-femmes lors d'accouchements à domicile. Pour bien encadrer cette nouvelle pratique, le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de responsabilité clinique à un médecin a aussi été approuvé. Grâce à l'adoption de ces règlements, les femmes qui le désirent et qui connaissent une grossesse normale pourront dorénavant bénéficier, à domicile, des services d'une sage-femme bien outillée pour mener leur grossesse à terme, et ce, en toute sécurité.

En décembre 2004 était adoptée la Loi sur l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. Cette loi prévoit des mesures et la mise sur pied d'un plan d'action visant à réduire les obstacles à l'intégration des personnes handicapées. Elle élargit également le mandat de l'Office des personnes handicapées du Québec, qui exercera dorénavant un rôle-conseil à l'égard de l'action du gouvernement, des ministères, de leurs réseaux, des municipalités et des différents autres partenaires ayant des responsabilités en cette matière.

La Commission des affaires sociales a également amorcé l'étude du projet de loi n° 83 en entendant un grand nombre de groupes concernés. Ce projet de loi prévoit d'importantes modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et d'autres dispositions législatives. Ces modifications touchent :

- la gouverne, avec des mesures pour clarifier les responsabilités des établissements, des agences et du Ministère;
- la qualité des services, avec des mesures pour réviser le mécanisme de traitement des plaintes et renforcer les mécanismes devant garantir la qualité des services, notamment dans les résidences privées avec services pour personnes âgées;
- l'informatisation des services et la circulation de l'information clinique, avec des mesures pour favoriser une meilleure circulation de l'information nécessaire à la prestation des soins et des services.

2.2 La consolidation des changements entrepris dans le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux

Le Ministère a procédé, en juin 2004, à la création de 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à la grandeur du Québec. Ce mouvement s'inscrit dans la mise en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, adoptée en décembre 2003. Les CSSS, nouvelles instances nées de la fusion de CLSC, de CHSLD et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier, sont maintenant fonctionnels avec la nomination, en juillet 2004, de plus de 700 membres de leurs conseils d'administration.

Par ailleurs, la mise en application de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs publics et parapublics, visant à faciliter l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines, s'est poursuivie. Les négociations locales ont débuté au mois de janvier 2005 dans certains établissements. Elles s'amorceront dans les autres établissements au fur et à mesure que seront constituées les nouvelles unités d'accréditation.

La transition vers un nouveau mode d'allocation des ressources financières a débuté en 2004-2005; celui-ci vise à assurer une répartition plus équitable des ressources entre les régions et entre les territoires locaux. L'allocation basée sur une approche historique entre les établissements fait maintenant place à une allocation établie sur les caractéristiques et les besoins de la population (montant par habitant pondéré). Ce modèle prend appui sur une nouvelle définition des programmes. Les programmes-services remplaceront désormais les programmes-clientèles, et les programmes-soutien, de nature administrative et technique, ont été mis en place.

2.3 Les communications avec le citoyen

Le Ministère a procédé, en septembre 2004, au lancement d'une campagne d'information et de sensibilisation sur le bon usage des médicaments afin que les consommateurs disposent de l'information nécessaire pour faire une utilisation judicieuse de leur médication. Cette campagne se déroulera sur trois ans. La première année, les citoyens sont invités à faire le ménage de leur pharmacie et à consulter leur pharmacien afin de savoir comment disposer des produits périmés ou devenus inutiles.

Deux mois plus tard, le Ministère a lancé une vaste campagne de promotion de saines habitudes de vie ayant pour thème *Vas-y, fais-le pour toi!*, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère des Affaires municipales et des Régions ainsi qu'avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. Cette campagne vise à promouvoir l'activité physique et une bonne alimentation, tout en offrant des occasions concrètes de découvrir le plaisir de bouger et de bien s'alimenter.

2.4 Des politiques, des programmes et des plans d'action du Ministère

Le Ministère a procédé au lancement de la *Politique en soins palliatifs de fin de vie* en avril 2004. Cette politique vise à structurer l'action dans le domaine des services en fin de vie, tant pour les enfants que pour les adultes et les personnes âgées. En plus de décrire le contexte et les principaux enjeux auxquels la société québécoise devra faire face en ce domaine, il y est proposé des solutions et des mesures concrètes pour favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Enfin, la politique situe les besoins et les choix des usagers au cœur de la planification et de la prestation des services.

En vertu de l'initiative *Pour un nouveau partenariat au service des aînés*, 22 projets novateurs subventionnés ont été mis en place au cours de 2004-2005. Un montant de 7,3 millions de dollars a été octroyé à des établissements du réseau qui s'associent avec différents partenaires locaux pour mettre au point des solutions de rechange à l'hébergement institutionnel. Lorsque ce programme aura atteint sa vitesse de croisière, c'est une somme de 12 millions de dollars par année qui y sera affectée.

Pour mieux soutenir les personnes âgées dans leur communauté, le Ministère a aussi mis sur pied un programme de prévention des chutes à domicile à l'intention de cette clientèle. Celui-ci présente un cadre de référence reposant sur une analyse des programmes de prévention des chutes qui sont jugés efficaces et recommande quelques interventions adaptées au contexte québécois.

En janvier 2005, un budget supplémentaire de 20 millions de dollars a été octroyé pour consolider les mesures déjà mises en place en 2004 pour lutter contre les infections à la bactérie *Clostridium difficile*. Ce soutien financier a été utilisé, par les hôpitaux, pour des dépenses de fonctionnement (renforcement des équipes d'entretien), pour l'achat d'équipement (gants, blouses ou appareils de désinfection) ou pour des immobilisations (rehaussement des installations sanitaires).

Le Ministère a publié, en mai 2004, les lignes directrices visant à établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les Autochtones. Le Ministère rappelle ainsi les conditions propices à l'exercice des responsabilités à l'égard du développement et de la sécurité de tous les enfants.

En juin 2004, le plan d'action concernant les dons et les greffes d'organes et de tissus a été rendu public. Les principaux éléments de ce plan se rapportent à l'accessibilité des services, à l'organisation des soins, à la sécurité des procédures, au développement et à la mobilisation des ressources humaines ainsi qu'à la gestion par résultats du système québécois de dons et de greffes d'organes et de tissus.

En février 2005, le Ministère a procédé au lancement du programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires. L'intervention préventive auprès de ces personnes est inscrite au *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ce type d'intervention est maintenant offert de façon systématique dans toutes les régions du Québec.

Une commission spéciale de l'Assemblée nationale, tenue du 28 février au 3 mars 2005, a permis notamment de déterminer le site du futur Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

2.5 Les médicaments

Le Symposium sur l'utilisation optimale du médicament, qui a eu lieu les 20 et 21 mai 2004, a réuni quelque 300 personnes représentant aussi bien la population en général que les grands partenaires ayant un rôle à jouer dans le domaine du médicament. Cet événement a nourri la réflexion qui a mené à l'élaboration d'un document de consultation sur la politique du médicament.

Publié en décembre 2004, ce document de consultation propose une série d'interventions qui agit selon quatre axes : l'accès aux médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable, leur utilisation optimale et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique. Le projet de politique vise l'utilisation des médicaments autant dans la communauté que dans les établissements de santé.

Le contexte

L'année 2004-2005 en fut une de consolidation. Les grands changements amorcés en 2003-2004 se sont davantage concrétisés dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Toutefois, les tendances de fond qui caractérisent le contexte dans lequel le Ministère et le réseau évoluent demeurent sensiblement les mêmes. L'évolution des besoins, le vieillissement de la population, les changements dans les modes d'organisation et les pratiques, les nouvelles technologies, l'adaptation des modes de gestion ainsi que la croissance soutenue des dépenses de santé et de services sociaux sont les principaux éléments contextuels avec lesquels le Ministère doit composer.

3.1 L'évolution des besoins

La population québécoise vit plus longtemps qu'auparavant; cependant, les incapacités et les limitations d'activités causées par la chronicité de certaines maladies augmentent, de même que la prévalence de certains problèmes.

Les trois maladies chroniques que sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et respiratoires sont responsables de près des trois quarts des décès. Le diabète, l'asthme, l'arthrite et l'obésité sont aussi des maladies chroniques qui ont des conséquences importantes sur la qualité de la vie des individus.

L'augmentation de la prévalence des problèmes de nature psychosociale demeure préoccupante. Les questions comme le retard dans le développement de l'enfant, la négligence, les troubles du comportement, la délinquance, la consommation abusive d'alcool et de drogues, le jeu pathologique ainsi que la violence sous toutes ses formes s'avèrent importantes.

Les problèmes de santé mentale et le suicide sont aussi des problématiques importantes. Le Québec détient le triste record du plus haut taux de suicide au Canada, celui-ci ayant augmenté de près de 65 % au cours des vingt dernières années.

Plusieurs personnes présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont des difficultés d'intégration sociale. Elles requièrent souvent des services adaptés à leurs besoins afin de développer leurs compétences, de favoriser leur participation sociale ainsi que de les soutenir dans leurs activités quotidiennes.

L'apparition récente d'agents infectieux (virus du Nil occidental, symptôme respiratoire aigu sévère (SRAS), etc.) commande au Ministère d'être vigilant en matière de surveillance et de protection de la santé publique.

Enfin, les inégalités quant à la santé et au bien-être sont encore aujourd'hui d'actualité. Par exemple, les personnes les plus pauvres au Québec ou encore les communautés crie et inuite présentent des écarts importants en matière de santé et de bien-être par rapport aux autres Québécois.

3.2 Le vieillissement de la population

Le portrait démographique a changé au cours des dernières décennies, et cet état de fait commence à avoir des répercussions importantes. D'environ 13 % aujourd'hui, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus sera de 27 % en 2031. Ainsi, en l'espace de quelques décennies, le nombre de personnes âgées aura doublé au Québec, passant d'un million à près de deux millions. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus connaîtra la plus importante hausse puisqu'il sera multiplié par trois au cours de la même période.

Au début des années 1970, la moitié des personnes avaient moins de 25 ans, aujourd'hui la moitié ont moins de 39 ans, et en 2050 près de la moitié de la population aura 50 ans et plus. Cette évolution démographique a notamment pour conséquence l'accroissement des besoins en soins et en soutien dans le milieu de vie. De plus, la capacité de l'entourage de répondre aux besoins des personnes âgées pourrait s'amenuiser puisque ces dernières, ayant moins d'enfants, seront plus isolées socialement.

L'intensification des besoins est donc significative en raison de la concomitance de plusieurs phénomènes : le vieillissement de la population, l'accroissement de la prévalence de plusieurs maladies chroniques et de certains problèmes de nature psychosociale. Ces changements nécessitent une nouvelle adaptation des services visant à prévenir les maladies et les problèmes psychosociaux, à les traiter ou à soutenir les personnes dans leur milieu de vie.

3.3 Les changements dans les modes d'organisation et les pratiques

Des efforts importants ont été consentis ces dernières années pour mieux intégrer les services et pour les rapprocher davantage de la population. Le modèle d'organisation présentement en voie d'implantation, soit les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, a pour objectif de responsabiliser les organisations et les acteurs et de les amener à agir collectivement pour offrir des services plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Ainsi, l'implantation des réseaux locaux de services vise une meilleure intégration des services en brisant les barrières qui s'étaient parfois formées autour des prestataires de services. Toutefois, l'aménagement de nouvelles modalités structurelles n'est pas suffisant en soi. Il doit être accompagné d'une adaptation des pratiques cliniques pour que le changement produise les améliorations visées. Les frontières entre les différents champs d'exercice professionnel sont de moins en moins hermétiques. La progression de différentes problématiques sociales ou complexes nécessite la présence d'une diversité d'intervenants aux expertises variées, impliquant une redéfinition du rôle de chacun dans le sens d'une plus grande complémentarité et multidisciplinarité.

Les cliniciens ont aussi de plus en plus la possibilité de faire des choix fondés sur des données probantes. Le rythme effarant de l'acquisition de nouvelles connaissances nécessite une plus grande utilisation de différents leviers (guides pratiques, protocoles standardisés, etc.) qui permettront aux milieux cliniques de faire évoluer leurs pratiques.

3.4 Les nouvelles technologies

Les domaines de la santé et des services sociaux sont fortement touchés par l'évolution rapide des technologies. Les instruments diagnostiques et chirurgicaux ainsi que les médicaments rendent possible le traitement de pathologies qui ne pouvaient être traitées auparavant et ils améliorent les traitements existants. Un nombre considérable de médicaments innovateurs permettent de prévenir ou de retarder l'apparition de certaines pathologies ainsi que d'améliorer la qualité de la vie et les traitements existants. Les avancées pharmaceutiques combinées à d'autres développements technologiques permettent de prodiguer certains soins à domicile qui autrefois étaient donnés à l'hôpital.

Les nouvelles technologies de l'information et des communications donnent, quant à elles, des possibilités multiples pour améliorer le traitement et la circulation de l'information clinique et administrative, pour soutenir la coordination des interventions et pour assurer la complémentarité des organisations. Ces technologies permettront aussi une reddition de comptes plus transparente qui accroîtra la quantité et la qualité de l'information pouvant être transmise, d'une part, aux usagers et, d'autre part, à la population.

3.5 L'adaptation des modes de gestion

Il faut aussi ajuster les modes de gestion actuels dans le réseau sociosanitaire pour que les changements dans l'organisation des services, l'adaptation des pratiques cliniques et l'implantation des nouvelles technologies apportent les améliorations désirées.

La gestion des ressources humaines devra être adaptée aux nouvelles réalités qu'impliquent la multidisciplinarité et l'intégration des services. Le contexte actuel de rareté des ressources humaines milite également pour des changements dans les façons de faire. Des actions structurantes sont nécessaires pour accroître la mobilisation et la disponibilité des ressources humaines, pour faciliter la répartition et le maintien en poste de ces ressources dans les différentes régions ainsi que pour favoriser un meilleur partage des responsabilités entre les différents professionnels. Aussi, les modifications apportées au régime de négociation des conventions collectives devront continuer de faire l'objet d'un suivi particulier.

La transition vers le nouveau mode d'allocation des ressources financières se poursuivra. La prise en compte des caractéristiques et des besoins des populations plutôt que des bases budgétaires historiques permettra une répartition plus performante et plus équitable entre les régions.

Enfin, le changement de la culture de gestion pour l'axer sur les résultats se poursuivra, tant sur le plan ministériel que dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Les obligations de transparence et d'imputabilité que suppose ce cadre de gestion seront encore davantage respectées par la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre les différents paliers de gestion et par une reddition de comptes basée sur l'atteinte de résultats plutôt que strictement sur les ressources et les moyens utilisés.

3.6 La croissance soutenue des dépenses sociosanitaires

En 2004-2005, le montant des dépenses consacrées à la mission gouvernementale de la santé et des services sociaux a totalisé 20,1 milliards de dollars, ce qui représente 37,4 % des dépenses du gouvernement du Québec. Il est à noter qu'au cours des dernières années cette mission a connu une progression plus rapide de ses dépenses que les autres missions gouvernementales. Exprimée en dollars constants de 1997, la dépense par habitant pour la mission de la santé et des services sociaux s'est accrue de 2,1 %, entre 2003-2004 et 2004-2005, prolongeant la tendance à la hausse observée au cours des dernières années.

Cette croissance est un phénomène reconnu par plusieurs études. D'ici 2019-2020, le Conference Board du Canada prévoit que les dépenses publiques dans le secteur de la santé et des services sociaux devraient augmenter d'environ 5 % par année. Les facteurs en cause sont le vieillissement de la population, les médicaments et les technologies médicales et informationnelles. Cette croissance sera de plus en plus difficile à concilier avec le cadre financier du gouvernement puisque la prévision à long terme de la croissance de ses revenus (jusqu'en 2019-2020) s'établit à 3,1 %.

La viabilité financière du système sociosanitaire québécois est une question de solidarité sociale, certes, mais aussi de capacité à générer suffisamment de revenus, d'équité entre les générations, de paniers de services assurés, d'organisation des services, et également une question d'équilibre fiscal entre les paliers de gouvernement. La réflexion et les analyses se poursuivent en vue de trouver des solutions, efficaces et efficientes, et de les mettre en application, tout en assurant le maintien du système public de santé et de services sociaux.

Montants consacrés à la mission santé et services sociaux, par habitant, en dollars constants de 1997

Partie 4

La présentation des résultats

Le rapport annuel de gestion 2004-2005 du Ministère couvre l'exercice financier du 1er avril 2004 au 31 mars 2005. Il s'inscrit dans le processus de reddition de comptes prescrit par la Loi sur l'administration publique. Tel qu'il est prévu dans cette loi, le rapport annuel de gestion fait habituellement état de l'atteinte des résultats au regard du plan stratégique ministériel. Toutefois, il faut considérer la présente année comme une phase de transition puisque le plan stratégique 2001-2004 est échu et que le prochain plan stratégique ministériel entrera en vigueur seulement en 2005-2006 pour une période de cinq ans.

Ainsi, de façon exceptionnelle, le rapport annuel de gestion porte cette année sur les résultats obtenus au regard :

- d'objectifs contenus dans la planification stratégique 2001-2004 qui n'ont pas été atteints, pour lesquels des résultats étaient attendus au cours de l'année 2004-2005 et qui avaient été présentés dans le rapport annuel de gestion 2003-2004;
- d'objectifs contenus dans les ententes de gestion et d'imputabilité convenues entre le Ministère et les agences ainsi que dans les attentes administratives signifiées par le Ministère à ces dernières.

L'ensemble des objectifs retenus touche à la globalité des actions du Ministère et du réseau. Ils s'inscrivent en continuité avec les derniers exercices de reddition de comptes tout en donnant la perspective de ceux à venir.

Un prélude au *Plan stratégique 2005-2010*

Le Ministère a engagé des travaux, en 2004-2005, en vue d'élaborer un plan de la santé et du bien-être 2005-2010. Il était prévu que cette production s'inscrive à la fois comme un document d'orientation, dans la continuité de la *Politique de la santé et du bien-être 1992-2002*, et comme le plan stratégique du Ministère pour les cinq prochaines années.

La nécessité pour le Ministère de se doter d'un plan stratégique dans les meilleurs délais, conformément à la Loi sur l'administration publique, a donné la prépondérance à cette obligation au cours de l'année. Le *Plan stratégique 2005-2010* a été réalisé et sera déposé à l'Assemblée nationale au début de l'exercice 2005-2006.

Afin d'assurer une continuité et d'amorcer la transition vers la prochaine planification stratégique, la présentation des résultats, dans le présent document, est organisée selon la même logique que celle qui a inspiré le *Plan stratégique 2005-2010*. Les résultats sont présentés en fonction des quatre grands enjeux suivants :

- le développement d'actions efficaces en amont des problèmes;
- l'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles vulnérables;
- l'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services;
- la gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

À l'intérieur de chaque enjeu, les objectifs sont regroupés par thème. Chacun des thèmes relatifs au deuxième enjeu peut contenir des objectifs portant sur des actions de prévention, de traitement ou de soutien.

La fiabilité des résultats

Pour le présent exercice, le Ministère rend compte, notamment, des résultats obtenus dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité en employant des estimations produites à partir de données provenant des établissements et entérinées par les bilans annuels fournis par les agences. Ces données livrent une information significative sur les tendances régionales et nationales et répondent ainsi aux impératifs émanant du suivi des objectifs ministériels et, conséquemment, des ententes de gestion et d'imputabilité. Cela dit, le Ministère poursuit ses efforts, dans le cadre du suivi des ententes de gestion et d'imputabilité, afin de mettre en place des mesures visant une meilleure intégration des systèmes d'information et l'amélioration de la fiabilité des données. Ce processus d'amélioration continue de la qualité des données est itératif et continuera d'évoluer.

Dans le même esprit, le travail d'analyse périodique effectué par les agences à partir des données produites par les établissements est de plus en plus approfondi. Une démarche a d'ailleurs été entreprise avec les agences afin d'optimiser la fiabilité des données transmises au Ministère. Comme l'an passé, chaque président-directeur général des agences a fourni, dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité, une déclaration attestant de la fiabilité des données. De plus, pour le présent exercice, les agences ont dû décrire les travaux de vérification effectués au sein de leur organisation afin de supporter leur déclaration d'attestation de fiabilité. Le Ministère procédera à l'analyse des démarches entreprises au sein des agences et un suivi sera effectué dans le but d'harmoniser les pratiques en matière de fiabilité des données régionales. Les agences sont également encouragées à poursuivre ou à offrir des sessions de formation aux intervenants concernés pour que ceux-ci traitent les données d'une manière uniforme.

Les résultats concernant la prestation des soins et des services de santé et de services sociaux revêtent une certaine particularité en ce qui concerne la fiabilité et demeureront toujours perfectibles, tant en raison du volume imposant de données à traiter que du nombre important d'intervenants qui alimentent les banques d'information et traitent les données. Par ailleurs, une confirmation des résultats obtenus par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité n'est

possible qu'à partir de données provenant des banques d'information centrales, soit plusieurs mois après la fin de l'année financière et, incidemment, après la date de tombée du rapport annuel de gestion du Ministère. Des efforts sont toutefois investis afin d'évaluer l'écart entre les données figurant au rapport annuel de gestion et celles, confirmées, obtenues par le biais des banques d'information centrales. Les résultats dont la fiabilité ne peut être assurée au moment de la publication du rapport annuel de gestion sont identifiés dans les prochaines pages.

En ce qui concerne les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, le suivi des résultats ne s'effectue pas dans le cadre du processus général des ententes de gestion et d'imputabilité. Les caractéristiques sociosanitaires propres à ces régions requièrent la dispensation de services distincts dont le suivi ne peut se faire par le biais des indicateurs de résultats utilisés pour les autres régions du Québec. Pour le présent exercice, la majorité des résultats présentés n'incluent pas les données provenant de la région du Nord-du-Québec; les objectifs et les indicateurs devront être adaptés pour mieux refléter les efforts consentis dans cette région.

La déclaration de services aux citoyens

C'est au cours de l'année 2004-2005 que le Ministère a rédigé et publié sa déclaration de services aux citoyens qui entrera en vigueur le 1er avril 2005. Il faut toutefois mentionner que le Ministère offre peu de services directement aux citoyens. En effet, la mission du Ministère, qui consiste à maintenir, à améliorer et à restaurer la santé et le bien-être des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec, est également commune aux agences et aux établissements du réseau sociosanitaire. Ce sont donc ces derniers qui offrent directement à la population les services de santé et les services sociaux dont elle a besoin.

Certains services sont cependant offerts directement à la population par le Ministère et ils feront l'objet de la déclaration de services aux citoyens, soit :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec;
- la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec;
- les renseignements se rapportant à la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application.

ENJEU 1

Développer des actions efficaces en amont des problèmes*.

Les plans d'action en santé publique

OBJECTIF **Élaborer, dans chacune des régions, un plan d'action régional en santé publique ainsi que des plans locaux en santé publique approuvés par les agences.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Proportion des plans d'action régionaux en santé publique terminés	75 %	100 %	100 %
Proportion des plans d'action locaux en santé publique approuvés par les agences	0 %	100 %	92 %

Commentaires

Conformément à la Loi sur la santé publique et au *Programme national de santé publique 2003-2012*, chacune des régions devait élaborer et déposer au Ministère un plan d'action régional en santé publique. L'élaboration de ces plans permet l'adaptation du programme aux spécificités du territoire couvert par l'agence.

La totalité des plans d'action régionaux en santé publique ont été déposés au Ministère en date du 31 mars 2005. Le Ministère a procédé à l'analyse de chacun des plans d'action régionaux et a transmis son appréciation.

En ce qui a trait aux plans d'action locaux en santé publique :

- 92 % des CSSS ont élaboré leur plan d'action local, soit 87 CSSS sur une possibilité de 95 établissements;
- 7 % sont actuellement en cours d'élaboration ce qui représente 7 CSSS;
- 1 %, soit, 1 CSSS commencera les travaux d'élaboration de son plan d'action local au cours de l'année 2005-2006.

Une très grande majorité des territoires locaux ont donc terminé leur plan d'action local en santé publique. Toutefois, huit régions du Québec ont connu certains retards dans l'élaboration de leur plan d'action local en raison des changements importants découlant de la création des CSSS.

* On retrouve dans les thèmes qui suivent des cibles en promotion et en prévention, touchant l'ensemble de la population ou des clientèles particulières.

Adapter l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables.

Les services généraux destinés à l'ensemble de la population

OBJECTIF **Mettre en place au Québec l'équivalent de 50 groupes de médecine de famille.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de GMF implantés	59	50	23

Commentaires

Un groupe de médecine de famille (GMF) est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement qui favorise la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. Le médecin de famille et l'infirmière qui appartiennent à un GMF sont aussi en relation avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux œuvrant notamment dans les CSSS, les centres hospitaliers et les pharmacies situées dans la communauté, et ce, afin d'offrir une gamme complète de services et ainsi assurer un suivi global de la personne inscrite.

L'implantation des GMF, une des principales recommandations du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), vise à faciliter l'accès de la population à un médecin de famille et à améliorer la qualité des soins médicaux généraux offerts à la population québécoise, tout en reconnaissant encore plus l'importance du rôle du médecin de famille. Ces regroupements devraient également permettre de réduire le recours inapproprié à l'urgence ou la consultation de plus d'un médecin pour un même problème de santé.

Si les GMF ont pu être perçus comme une approche temporaire, leur nombre (99) confirme aujourd'hui qu'ils sont devenus un rouage important de la première ligne de services au sein des réseaux locaux de services. Les 99 GMF implantés à la grandeur du Québec touchent environ 164 sites cliniques, plus de 184 infirmières y travaillent et 48 CSSS sont partenaires par le biais d'ententes.

GMF au Québec au 31 mars 2004 et au 31 mars 2005

	Au 31 mars 2004	Au 31 mars 2005
Nombre de GMF	76	99
Nombre de médecins participants	758	1 105
Nombre de personnes inscrites électroniquement à la RAMQ	171 192	521 051

Cependant, comme toute implantation, la mise en œuvre des GMF est progressive et nécessite des modifications de parcours. Ainsi, 23 nouveaux GMF ont vu le jour au Québec en 2004-2005, comparativement à 59 l'année précédente. Des travaux menés par le Ministère en 2004-2005 ont eu pour effet de décaler l'accréditation de nouveaux GMF vers la fin de l'exercice 2004-2005. Le soutien accordé aux GMF constitue un investissement très important, mais tout de même limité. Les ressources sont disponibles pour les services de première ligne et elles doivent être réparties équitablement sur une base populationnelle, selon une responsabilité de clientèle. Les paramètres de répartition de cette aide, précisés en 2004-2005, visent à permettre l'inscription de plus de 70 % de la population du Québec auprès des médecins de 300 GMF moyens, tout en tenant compte de la lourdeur de prise en charge de cette clientèle.

Par ailleurs, malgré des retards et certains changements apportés au mode de subvention des équipements informatiques, l'informatisation des GMF fait des progrès et plus de 59 GMF reçoivent déjà de façon électronique des résultats de laboratoire de leur clientèle. Plusieurs projets sont opérationnels dans diverses régions du Québec et une progression certaine est constatée vers des systèmes intégrés, fonctionnels et sécuritaires de circulation de l'information, même si elle est moins rapide que prévu.

Le Ministère entend poursuivre le déploiement des GMF puisque ceux-ci demeurent un des moyens privilégiés pour soutenir l'organisation des services médicaux, particulièrement à l'occasion de la mise sur pied des réseaux locaux de services et de l'élaboration des projets cliniques des CSSS basés sur une approche populationnelle.

Répartition des GMF accrédités au 31 mars 2004 et au 31 mars 2005, par région

Région	GMF accrédités au 31 mars 2004	GMF accrédités au 31 mars 2005
Bas-Saint-Laurent	3	4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3	5
Capitale nationale	7	13
Mauricie et Centre-du-Québec	10	11
Estrie	4	7
Montréal	6	10
Outaouais	3	3
Abitibi-Témiscamingue	2	2
Côte-Nord	2	2
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	1
Chaudière-Appalaches	9	10
Laval	3	3
Lanaudière	4	5
Laurentides	3	3
Montérégie	16	20
Nunavik	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.
Total	**76**	**99**

OBJECTIF **Assurer, dans tous les territoires locaux, une garde en soins infirmiers 24/7.**

Indicateur	Cible	Résultat 2004-2005
Proportion des territoires locaux qui offrent la garde en soins infirmiers 24/7	100 % des territoires locaux d'ici 2010	96 %, soit 91 territoires locaux sur 95

Commentaires

La garde en soins infirmiers 24/7 permet d'évaluer la condition de santé de la personne et d'offrir un traitement infirmier ponctuel en relation avec un problème de santé préalablement identifié. Elle a pour but d'assurer la continuité des soins. Ce service est offert en dehors des heures d'ouverture du CSSS aux personnes inscrites. Ces dernières ont toutes une condition de santé pouvant requérir une intervention directe par une infirmière en dehors des heures d'ouverture. À titre d'exemple, il peut s'agir d'une personne présentant une perte d'autonomie fonctionnelle sévère ou à haut risque de décompensation ou de déstabilisation, ou encore une personne recevant des soins palliatifs à son domicile.

Sur le plan fonctionnel, la garde en soins infirmiers 24/7 est rattachée au service Info-Santé qui, après évaluation de la situation, assure le suivi requis. Ainsi, dans un premier temps, les infirmières d'Info-Santé évaluent la situation et donnent les conseils appropriés ou assurent la liaison avec les services infirmiers à domicile, le cas échéant. Des mécanismes de liaison et de communication sont aussi en place dans le but de permettre aux infirmières d'Info-Santé d'établir le lien avec les équipes des CSSS.

L'accès téléphonique à une infirmière, soit par l'intermédiaire d'Info-Santé ou par une visite au domicile, évite souvent un recours à l'urgence hospitalière lorsque non requis et répond mieux aux besoins des clients nécessitant des services particuliers de proximité.

C'est en vertu de la responsabilité qui leur incombe au regard de la continuité des soins que les CSSS doivent repérer les clientèles vulnérables nécessitant l'inscription au service de garde en soins infirmiers 24/7.

La cible concernant la garde en soins infirmiers 24/7 est en voie d'être atteinte. Déjà 96 % des territoires locaux du Québec offrent ce service, c'est-à-dire 91 territoires sur une possibilité de 95. Les territoires locaux où ce service reste à implanter sont situés dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Toutefois, le CSSS de la Haute-Gaspésie est en voie d'implanter la garde pour les clientèles les plus vulnérables en lien avec le projet de GMF. Des efforts soutenus seront faits dans les prochaines années pour compléter l'implantation de ce service dans l'ensemble du Québec.

OBJECTIF **Assurer l'accès, dans chaque territoire local, à des services psychosociaux généraux.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies	57 807	61 991*
Nombre moyen d'interventions par personne	3,86	3,91*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

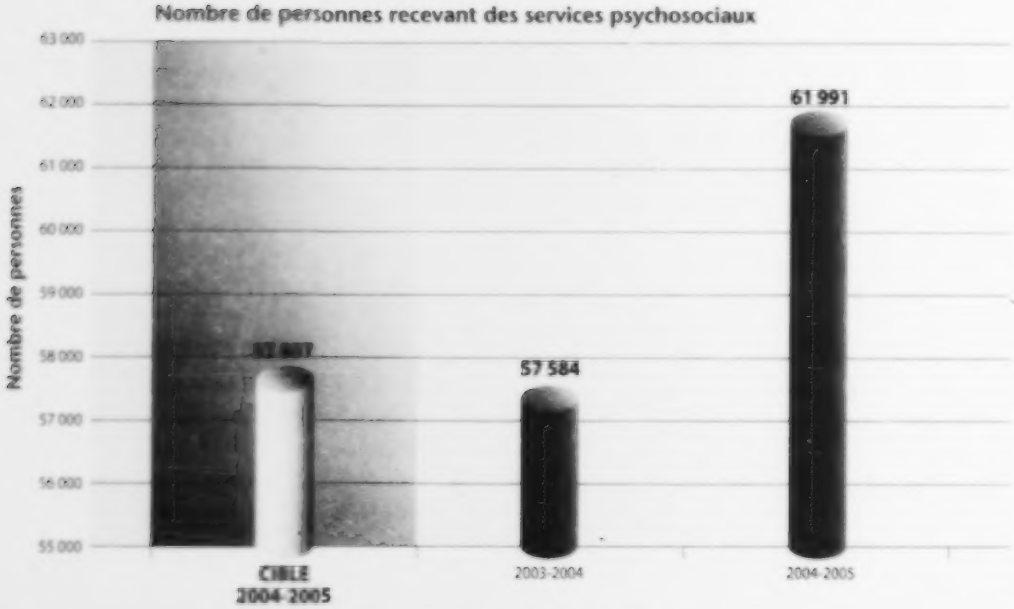
Les services psychosociaux généraux sont des services de première ligne disponibles dans les CSSS. Ils s'adressent à toute la population, c'est-à-dire aux personnes qui demandent aide et soutien à un moment de leur vie, soit lors d'une crise ou dans une période de vie difficile lorsqu'elles sentent leur équilibre psychique menacé.

La consolidation et l'amélioration de l'accès aux services de première ligne contribueront à augmenter l'utilisation de ces services par la population et ainsi à réduire la pression exercée sur les services d'urgence et les services de deuxième ligne (spécialisés).

La très grande majorité des régions ont dépassé la cible fixée en 2004-2005, qui était de rendre disponibles les services psychosociaux à 57 807 personnes. Dans l'ensemble, 61 991 personnes ont reçu des services psychosociaux en 2004-2005. Ce résultat représente une augmentation de 4 407 personnes par rapport aux 57 584 personnes qui avaient bénéficiées de ces services l'année précédente, soit une hausse de près de 8 %.

La cible concernant l'intensité des services, soit le nombre moyen d'interventions par personne, a été dépassée : le nombre d'interventions a atteint 3,91, alors que la cible fixée pour 2004-2005 était de 3,86 interventions.

Nombre de personnes recevant des services psychosociaux



Assurer l'accès, dans chaque territoire local, à des services psychosociaux généraux.

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies	57 807	61 991*
Nombre moyen d'interventions par personne	3,86	3,91*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

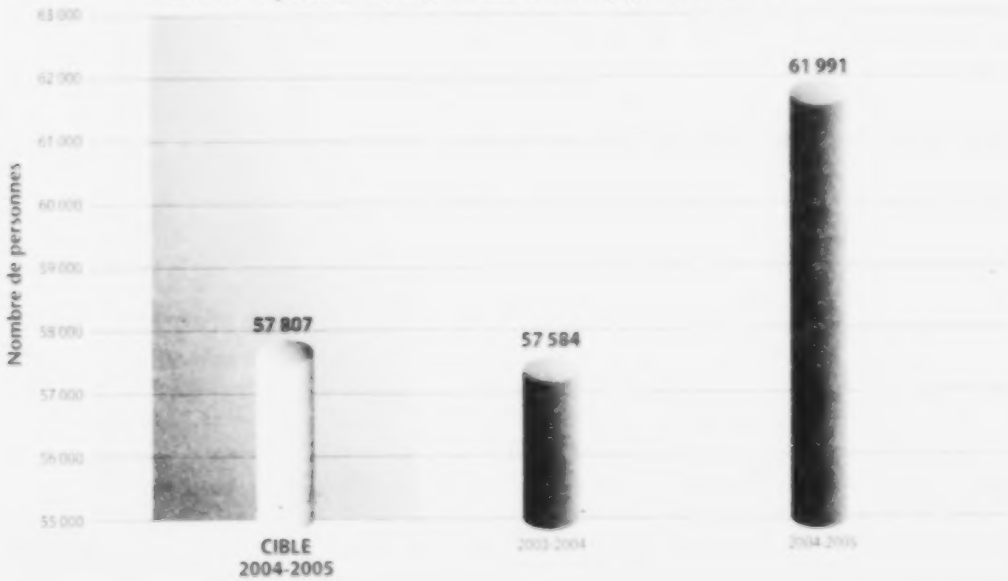
Les services psychosociaux généraux sont des services de première ligne disponibles dans les CSSS. Ils s'adressent à toute la population, c'est-à-dire aux personnes qui demandent aide et soutien à un moment de leur vie, soit lors d'une crise ou dans une période de vie difficile lorsqu'elles sentent leur équilibre psychique menacé.

La consolidation et l'amélioration de l'accès aux services de première ligne contribueront à augmenter l'utilisation de ces services par la population et ainsi à réduire la pression exercée sur les services d'urgence et les services de deuxième ligne (spécialisés).

La très grande majorité des régions ont dépassé la cible fixée en 2004-2005, qui était de rendre disponibles les services psychosociaux à 57 807 personnes. Dans l'ensemble, 61 991 personnes ont reçu des services psychosociaux en 2004-2005. Ce résultat représente une augmentation de 4 407 personnes par rapport aux 57 584 personnes qui avaient bénéficiées de ces services l'année précédente, soit une hausse de près de 8 %.

La cible concernant l'intensité des services, soit le nombre moyen d'interventions par personne, a été dépassée : le nombre d'interventions a atteint 3,91, alors que la cible fixée pour 2004-2005 était de 3,86 interventions.

Nombre de personnes recevant des services psychosociaux



Les urgences

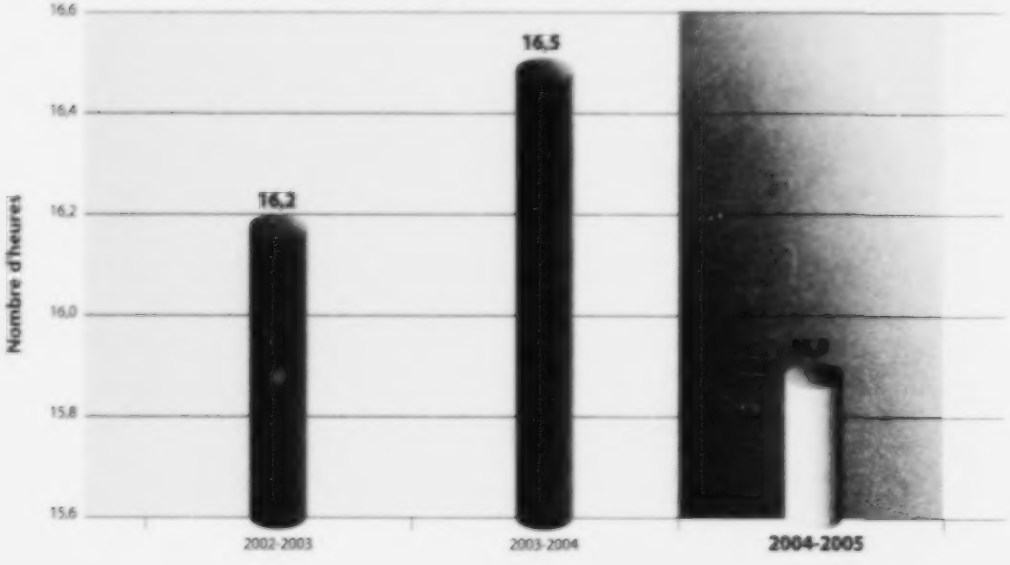
OBJECTIF **Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Séjour moyen sur civière	16,5 heures	12 heures et moins	15,9 heures
Pourcentage des séjours de plus de 48 heures sur une civière à l'urgence	6,8 %	0 %	5,8 %
Nombre d'installations ayant déposé et implanté leur plan d'action	5 installations	35 installations	35 installations

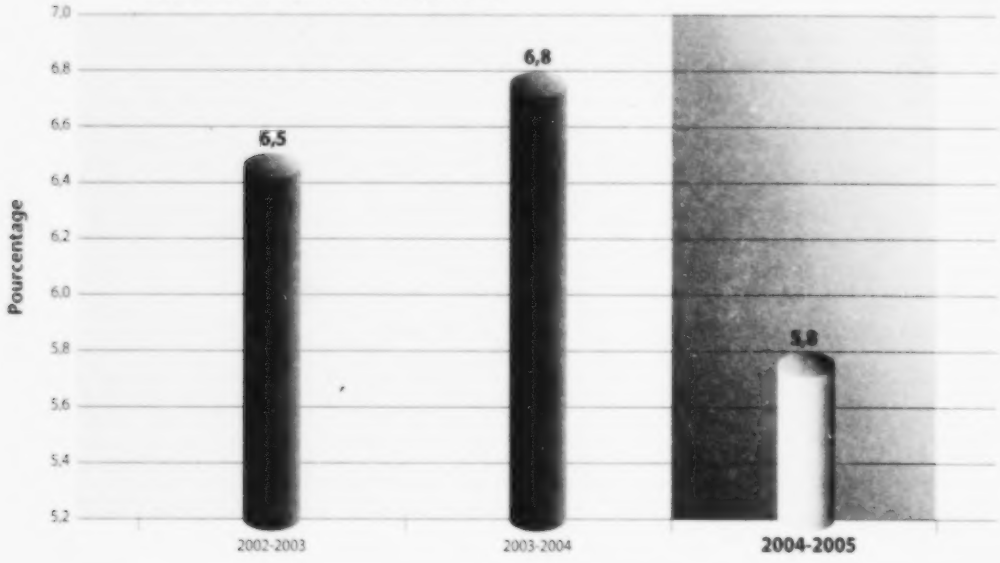
Commentaires

Pour le Québec, les résultats obtenus montrent une amélioration du séjour global moyen de 0,6 heure et une réduction de 1 % des séjours de plus de 48 heures sur civière, ce qui représente une réduction de 9 940 patients. L'atteinte de la cible visée pour ces indicateurs est escomptée pour l'année 2010.

Séjour moyen sur civière à l'urgence au cours des trois dernières années



Pourcentage de séjours de plus de 48 heures sur civière à l'urgence au cours des trois dernières années



En ce qui concerne les facteurs liés à l'achalandage, le tableau suivant montre une augmentation du nombre d'usagers arrivés en ambulance et du nombre d'usagers sur civière ayant 75 ans et plus. Le vieillissement de la population amène une augmentation de la gravité et de la lourdeur des problèmes des patients qui se présentent à l'urgence. De plus en plus de personnes souffrent de pathologies multiples, ce qui complique l'évaluation et demande plus de temps pour la prise de décision conduisant à l'hospitalisation ou à la sortie du patient. Le vieillissement rend les gens plus vulnérables à la perte d'autonomie, et de plus en plus souvent des ressources alternatives doivent être sollicitées avant de permettre le départ du patient. Cependant, il y a une stabilité du nombre de visites sur civière et du nombre d'usagers hospitalisés après leur séjour à l'urgence. L'épidémie d'influenza à l'hiver 2005 a également contribué à une hausse de l'achalandage pendant cette période. Ces différents facteurs démontrent bien que des efforts soutenus doivent être réalisés pour maintenir et améliorer l'accessibilité aux services d'urgence.

Achalandage des unités d'urgence

	2003-2004	2004-2005	Écart en nombre	Écart en %
Nombre de visites sur civière	967 063	970 885	3 822	↑ 0,3 %
Nombre d'usagers arrivés en ambulance	382 664	395 357	12 693	↑ 3,3 %
Nombre d'usagers sur civière ayant 75 ans et plus	209 238	216 888	7 650	↑ 3,6 %
Nombre d'usagers hospitalisés après leur séjour à l'urgence	341 167	342 181	1 014	↑ 0,3 %

Les urgences

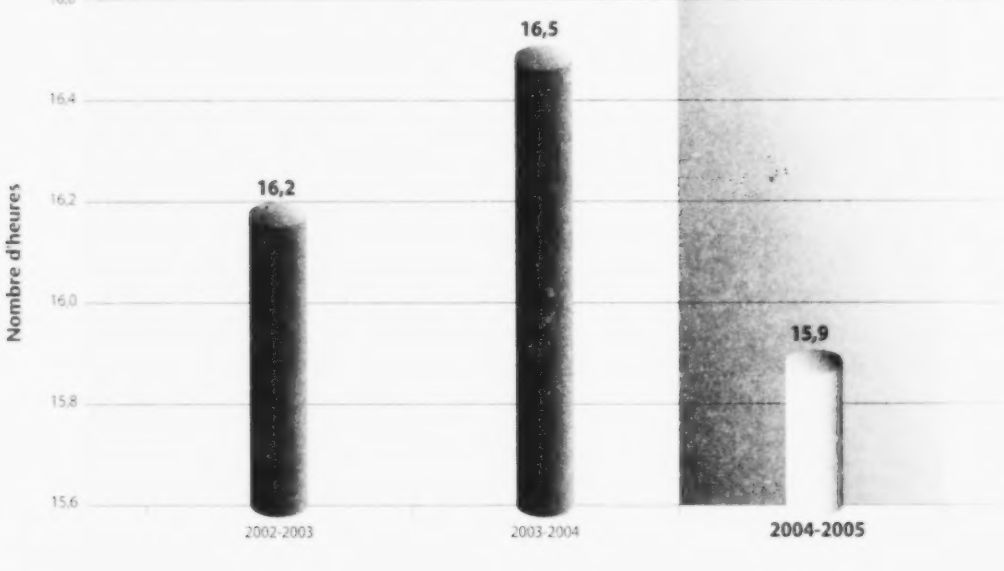
OBJECTIF **Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Séjour moyen sur civière	16,5 heures	12 heures et moins	15,9 heures
Pourcentage des séjours de plus de 48 heures sur une civière à l'urgence	6,8 %	0 %	5,8 %
Nombre d'installations ayant déposé et implanté leur plan d'action	5 installations	35 installations	35 installations

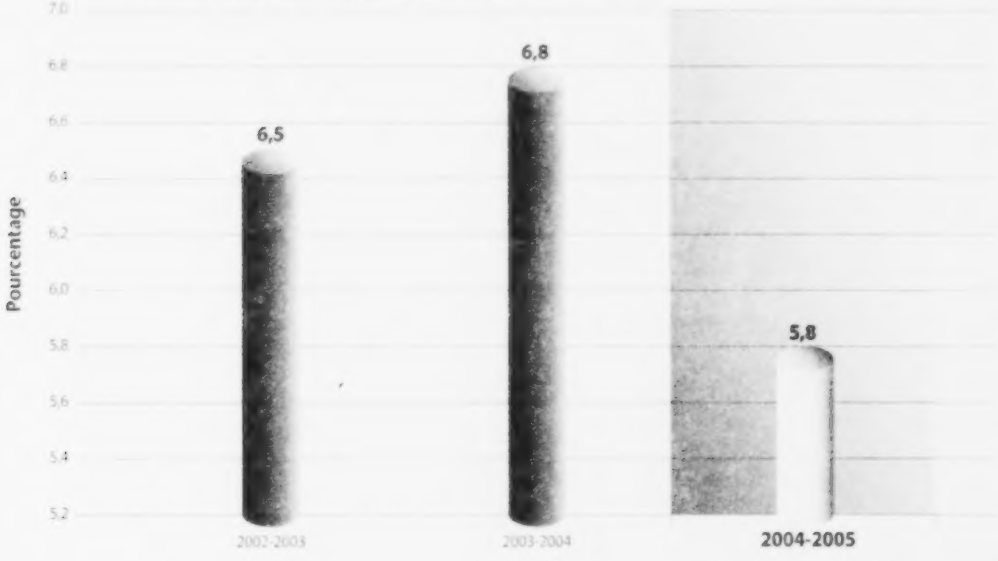
Commentaires

Pour le Québec, les résultats obtenus montrent une amélioration du séjour global moyen de 0,6 heure et une réduction de 1 % des séjours de plus de 48 heures sur civière, ce qui représente une réduction de 9 940 patients. L'atteinte de la cible visée pour ces indicateurs est escomptée pour l'année 2010.

Séjour moyen sur civière à l'urgence au cours des trois dernières années



Pourcentage de séjours de plus de 48 heures sur civière à l'urgence au cours des trois dernières années



En ce qui concerne les facteurs liés à l'achalandage, le tableau suivant montre une augmentation du nombre d'usagers arrivés en ambulance et du nombre d'usagers sur civière ayant 75 ans et plus. Le vieillissement de la population amène une augmentation de la gravité et de la lourdeur des problèmes des patients qui se présentent à l'urgence. De plus en plus de personnes souffrent de pathologies multiples, ce qui complique l'évaluation et demande plus de temps pour la prise de décision conduisant à l'hospitalisation ou à la sortie du patient. Le vieillissement rend les gens plus vulnérables à la perte d'autonomie, et de plus en plus souvent des ressources alternatives doivent être sollicitées avant de permettre le départ du patient. Cependant, il y a une stabilité du nombre de visites sur civière et du nombre d'usagers hospitalisés après leur séjour à l'urgence. L'épidémie d'influenza à l'hiver 2005 a également contribué à une hausse de l'achalandage pendant cette période. Ces différents facteurs démontrent bien que des efforts soutenus doivent être réalisés pour maintenir et améliorer l'accessibilité aux services d'urgence.

Achalandage des unités d'urgence

	2003-2004	2004-2005	Écart en nombre	Écart en %
Nombre de visites sur civière	967 063	970 885	3 822	↑ 0,3 %
Nombre d'usagers arrivés en ambulance	382 664	395 357	12 693	↑ 3,3 %
Nombre d'usagers sur civière ayant 75 ans et plus	209 238	216 888	7 650	↑ 3,6 %
Nombre d'usagers hospitalisés après leur séjour à l'urgence	341 167	342 181	1 014	↑ 0,3 %

Les résultats par région font également foi des actions entreprises. Le tableau suivant montre que la norme ministérielle concernant le séjour moyen est atteinte dans sept régions sur quinze, soit les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de l'Estrie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de la Chaudière-Appalaches.

De plus, sans atteindre les objectifs visés, cinq régions ont amélioré l'ensemble de leurs indicateurs, soit Montréal, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.

Séjours sur civière dans les unités d'urgence, par région

Région	Séjour moyen sur civière (heures)		% de séjours sur civière de plus de 48 heures	
	2003-2004	2004-2005	2003-2004	2004-2005
Bas-Saint-Laurent	11,8	11,2	3,9	3,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	9,1	9,8	0,7	0,8
Capitale nationale	12,8	12,7	2,6	2,7
Mauricie et Centre-du-Québec	13,7	14,4	3,4	3,6
Estrie	11,8	10,8	3,1	2,1
Montréal	20,5	19	10,7	9,0
Outaouais	14,6	18,2	6,7	10,1
Abitibi-Témiscamingue	10,5	10,9	1,7	2,2
Côte-Nord	11,2	11,7	3,3	4,2
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	11,0	10,0	1,3	0,8
Chaudière-Appalaches	11,5	11,7	0,6	0,5
Laval	17,3	16,0	2,4	1,4
Lanaudière	20,7	20,4	9,9	8,0
Laurentides	14,2	13,8	4,8	3,6
Montérégie	21,3	20,1	11,9	9,1
Nunavik	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total Québec	**16,5**	**15,9**	**6,8**	**5,8**

Le suivi intensif des plans d'action

Les ententes de gestion et d'imputabilité établies avec les agences, les visites du Centre de coordination nationale sur les urgences (CCNU) accompagnées d'experts médecins et d'infirmières et le suivi intensif des divers plans d'action entrepris dans 35 unités d'urgence du Québec ont favorisé l'atteinte de ces résultats.

En lien avec les plans d'action intensifs pour les établissements ciblés par le MSSS, les mesures mises en place qui se sont révélées les plus profitables sont :

- la désignation d'un coordonnateur médical à l'unité d'urgence;
- la désignation d'un coordonnateur aux admissions;
- le travail en tandem d'un médecin-chef de l'urgence avec une infirmière-chef;
- le suivi intensif à domicile par les professionnels des CSSS (mission CLSC);
- l'implantation d'une culture de gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie dès l'entrée à l'unité d'urgence;
- la révision des suivis pour la réadaptation posthospitalisation;
- les lits de convalescence gériatrique à moyen terme;
- l'organisation de services de gestion de crise dans la communauté pour la clientèle de santé mentale;
- l'implantation du suivi systématique de la clientèle;
- la présence d'infirmières de liaison et de travailleurs sociaux à l'unité d'urgence 7 jours/semaine.

Les plans d'action ont été mis en œuvre au début de l'année 2003-2004. Dans une première étape, sept urgences ont été ciblées et ont dû définir un plan d'action dont les actions se sont poursuivies en 2004-2005. Il s'agit de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de l'Hôpital Sacré-Cœur, de l'Hôpital Charles-LeMoyne, de l'Hôpital Pierre-Boucher et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (les pavillons Notre-Dame, Saint-Luc et Hôtel-Dieu de Montréal). Les actions entreprises ont amélioré de façon importante la situation de ces urgences bien que, pour la plupart, des gains restent à faire pour atteindre les normes de performance.

En début d'année 2005, dans la deuxième étape, douze autres urgences ont mis en application des plans d'action visant à améliorer leur performance : l'Hôpital Saint-François-d'Assise du Centre hospitalier universitaire de Québec, l'Hôpital Laval, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, l'Hôpital de Lakeshore, l'Hôpital Santa Cabrini, le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (Hôpital de Gatineau et Hôpital de Hull), le CH de Lanaudière, le CH Le Gardeur, l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, le CH Le Suroît et l'Hôtel-Dieu de Sorel. L'analyse des résultats montre une amélioration en ce qui concerne les patients séjournant plus de 48 heures à l'urgence. Il est à noter que plusieurs actions entreprises en cours d'année devraient donner des résultats plus significatifs en 2005-2006.

Finalement, dans une troisième étape, seize urgences ont été visées et plusieurs plans d'action sont en voie d'élaboration. Les actions entreprises dans les différentes unités d'urgence au Québec se poursuivront donc en 2005-2006. De plus, certains autres établissements, qui présentent des écarts significatifs quant aux normes d'accessibilité, seront visés par des démarches entreprises par le CCNU.

Les chirurgies

OBJECTIF **Maintenir et accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004[1]	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de chirurgies effectuées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	4 148	4 384	4 544*
Nombre de chirurgies effectuées en orthopédie pour le remplacement total du genou	5 255	5 365	5 204*
Nombre de chirurgies effectuées en chirurgie de la cataracte	65 070	66 973	66 307*
Nombre de chirurgies effectuées en chirurgie d'un jour[2,3]	188 559	195 805	215 564*
Nombre de chirurgies effectuées en chirurgie avec hospitalisation[2,4]	162 442	162 252	180 629*

* Les données proviennent des agences. Ces données ne pourront être validées par le MSSS avant l'automne 2005, soit lorsque les données finales et validées de Med-Echo 2004-2005 seront disponibles. D'ici là, elles doivent donc être considérées comme étant préliminaires, surtout pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies d'un jour, dont la surestimation est importante. Les catégories « chirurgie d'un jour » et « chirurgie avec hospitalisation » sont définies de façon restrictive, mais correspondent à la définition retenue pour le suivi des ententes de gestion et d'imputabilité, tout comme les autres catégories d'ailleurs. Sont exclus de cette définition, entre autres, les investigations diagnostiques et les cas d'obstétrique. Pour les autres catégories, les données préliminaires devraient s'approcher de la réalité, car il est possible de les valider à partir des fichiers de la RAMQ en cours d'année, contrairement à la chirurgie avec hospitalisation et à la chirurgie d'un jour.

1. Les résultats 2003-2004 exposés dans le tableau sont issus de données validées à partir de la banque centrale Med-Echo.
2. Excluant les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik.
3. À l'exclusion de la chirurgie de la cataracte.
4. À l'exclusion de la chirurgie cardiaque.

Commentaires

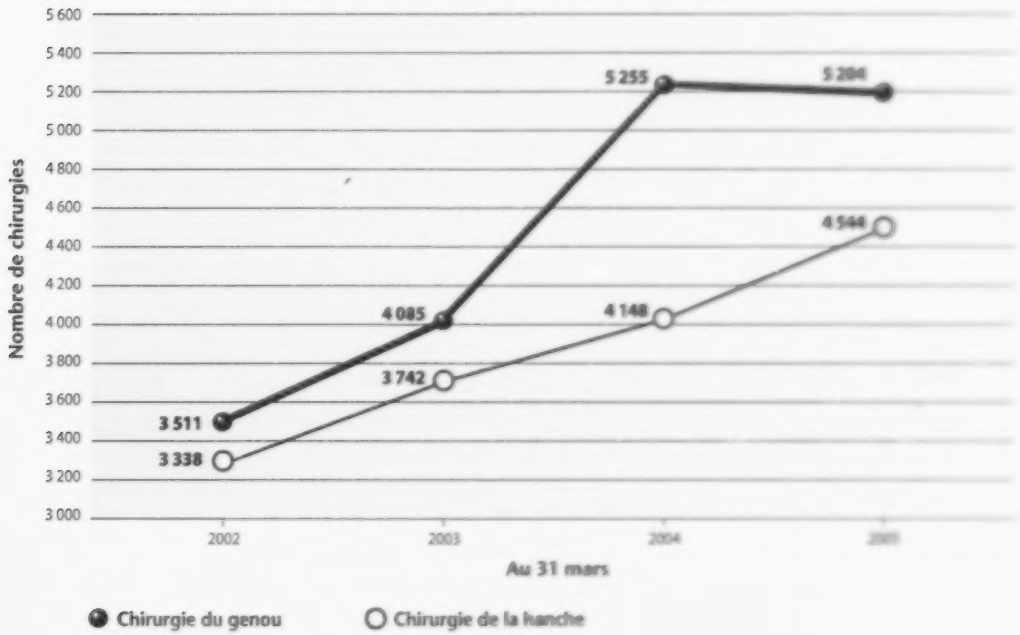
Des soins de grande qualité sont offerts partout au Québec. Il se fait annuellement plus de 460 000 chirurgies et traitements dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, il existe des différences, notamment sur le plan de la fréquence et du type d'intervention, et ce, selon le médecin traitant, l'établissement, les équipements disponibles et la région où ces services sont offerts.

Même si la grande majorité des personnes sont traitées à l'intérieur de délais raisonnables et que les soins urgents sont donnés en priorité, il subsiste des listes d'attente. La diminution du temps d'attente est une priorité pour le Ministère, et c'est pour cette raison que des investissements importants sont consentis à cet effet. Ainsi, en 2004-2005, une somme de 47 millions de dollars a été allouée pour qu'un plus grand nombre d'interventions chirurgicales soient effectuées. Les graphiques suivants présentent l'évolution du nombre d'interventions chirurgicales réalisées au Québec.

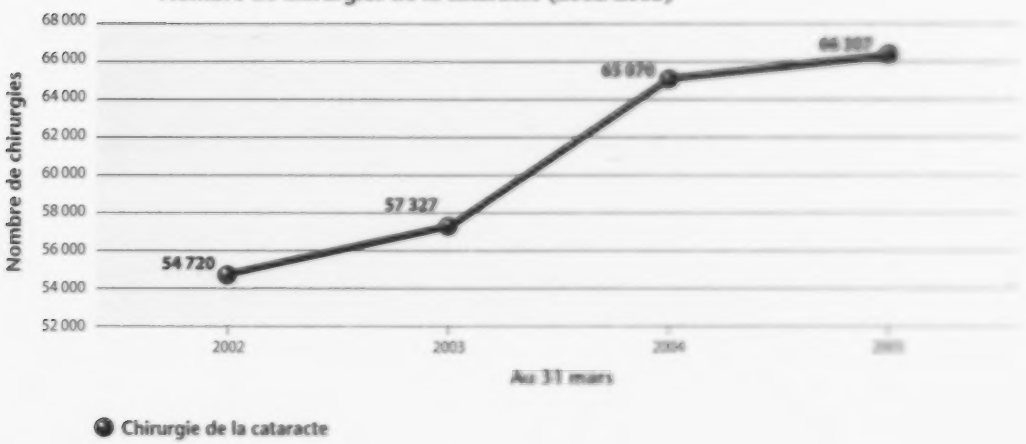
Les résultats sont concluants : au 31 mars 2005, le nombre d'interventions chirurgicales a augmenté pour tous les types d'intervention, à l'exception de la chirurgie du genou qui est demeurée stable. Pris globalement, les résultats représentent une augmentation de près de 11 % par rapport au 31 mars 2004. Cette augmentation est attribuable principalement au nombre de chirurgies d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation effectuées.

Malgré ces résultats encourageants, la réduction des listes d'attente demeure très difficile en raison de plusieurs facteurs, parmi lesquels figure le vieillissement de la population. Toutefois, le Ministère entend poursuivre ses efforts jusqu'à ce que les temps d'attente soient en conformité avec les délais maximums à respecter pour offrir à la population du Québec les services dont elle a besoin.

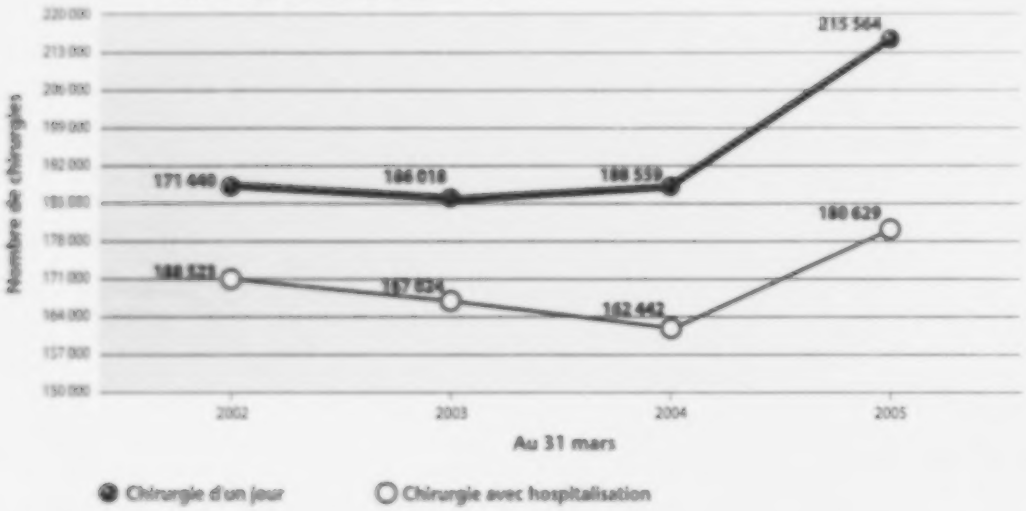
Nombre de chirurgies de la hanche et du genou (2002-2005)



Nombre de chirurgies de la cataracte (2002-2005)



Nombre de chirurgies d'un jour et de chirurgies avec hospitalisation (2002-2005)



Les habitudes de vie et les maladies chroniques

OBJECTIF **Poursuivre la mise en œuvre du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme*.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de fumeurs ayant reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	Augmentation de la fréquentation des centres d'abandon du tabagisme	4 005, soit une hausse de 1 660*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences, ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012*, du *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005* et du *Plan d'abandon du tabagisme*, le Ministère favorise la mise en œuvre de services de cessation tabagique gratuits et accessibles dans toutes les régions du Québec. La majorité des régions du Québec sont dotées de centres d'abandon du tabagisme (CAT) dont la plupart sont situés dans des CSSS.

Ces CAT sont des lieux où sont offerts gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique à toutes les personnes qui en font la demande. Ceux-ci sont dispensés par des professionnels de la santé et des services sociaux ou par des intervenants formés dans ce domaine. Les services suivants sont offerts :

- information et documentation;
- référence aux autres services;

- intervention brève, complète et soutien intensif (par téléphone ou en personne, rencontre individuelle ou rencontre de groupe);
- inscription des personnes intéressées au soutien intensif ou à un envoi massif d'information, ou les deux.

L'indicateur retenu est le nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des CAT. La cible visée est l'augmentation de la fréquentation des CAT.

Au début de l'exercice 2004-2005, 2 345 fumeurs avaient bénéficié des services de cessation; à la fin de l'année 2004-2005, 4 005 fumeurs ont fréquenté les CAT, soit une augmentation de 1 660 fumeurs.

Il importe de préciser que la mise en place des CAT est relativement récente et que le résultat obtenu considère seulement les services individuels offerts dans les CSSS. En conséquence, le nombre de fumeurs ayant reçu des services d'un CAT est sous-estimé.

OBJECTIF **Consolider le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) et la fonction assurance qualité selon les normes établies dans le cadre de référence du programme.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Taux de participation au programme	Une hausse de 5 % du taux de participation au programme, soit un taux de 48,6 %	47,9 %
Taux de cancers détectés	Un taux de cancers détectés supérieur à 5,0/1 000 en dépistage initial	6,4/1 000 en dépistage initial
	Un taux de cancers détectés supérieur à 3,5/1 000 en dépistages subséquents	5,4/1 000 en dépistages subséquents
Taux de référence pour investigation	Une réduction de 1 point de % du taux de référence pour investigation en dépistage initial, pour atteindre 12,8 %	14,5 % en dépistage initial
	Une réduction de 0,5 point de % du taux de référence pour investigation en dépistages subséquents, pour atteindre 7,9 %	7,9 % en dépistages subséquents

Commentaires

Le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) est implanté depuis 1998. Toutes les régions du Québec offrent maintenant le programme, soit dans des centres fixes ou grâce à des unités itinérantes. Le PQDCS invite les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage du cancer du sein à tous les deux ans. Le principal objectif du programme est de réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein chez les femmes. Pour atteindre cet objectif, au moins 70 % des femmes ciblées doivent y participer.

En 2004-2005, le taux de participation est de 47,9 %, soit légèrement inférieur à la cible visée de 48,6 %. Cette situation s'explique essentiellement par deux ordres de facteurs, l'un lié à l'organisation des services, l'autre à la pénurie de main-d'œuvre.

La difficulté pour les centres de dépistage d'obtenir une première certification ou de renouveler celle-ci explique en bonne partie la situation dans sept des huit régions où le taux de participation n'a pas progressé comme prévu en 2004-2005. Quant à l'autre région, des modifications à l'organisation des services doivent être apportées. La pénurie de technologues en radiologie a également touché plus de la moitié de ces régions, et dans certaines d'entre elles la pénurie de radiologistes est venue s'ajouter à la problématique de l'accès aux services. La récupération de la certification et l'ajout de nouveaux centres de dépistage devraient améliorer l'accès aux services dans ces régions en 2005-2006.

Par ailleurs, il faut aussi considérer le facteur démographique : la population cible a augmenté chaque année depuis l'implantation du programme exigeant ainsi une performance accrue pour maintenir le taux de participation. Des activités de communication devraient continuer de favoriser la participation au cours de l'exercice 2005-2006.

Les résultats concernant le taux de cancers détectés sont supérieurs aux normes fixées pour le programme. En effet, le taux de cancers détectés en dépistage initial se situe à 6,4/1 000, soit un résultat supérieur à la cible fixée de 5,0/1 000. Pour les dépistages subséquents, le résultat de 5,4/1 000 dépasse donc la cible amplement fixée de 3,5/1 000.

Le taux de référence pour investigation en dépistage initial pour 2004-2005 est de 14,5 %, alors que la cible visée était 12,8 %. Le taux de référence pour investigation en dépistages subséquents est de 7,9 %, ce qui correspond à la cible visée. Réduire le taux de référence constitue un défi particulier à cause, d'une part, de la difficulté d'agir sur les pratiques professionnelles et, d'autre part, de l'importance de maintenir un taux de détection élevé. Par ailleurs, le taux de référence au Québec est comparable à celui observé en Amérique du Nord.

Les travaux d'assurance qualité amorcés à la fin de l'exercice 2004-2005 avec le Collège des médecins du Québec et l'Association des radiologistes du Québec visent à améliorer la situation. Des représentants régionaux d'assurance qualité ont été nommés et des initiatives régionales sont mises de l'avant, comme l'organisation d'activités avec les représentants locaux d'assurance qualité.

OBJECTIF **Maintenir et accroître la capacité d'intervention des services spécialisés et surspécialisés en cardiologie tertiaire dans le respect des délais cliniquement acceptables définis par le Réseau québécois en cardiologie tertiaire et le Collège des médecins.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie	Catégorie A[1] : 100 % Catégorie B[2] : 75 %	Catégorie A : 80,9 % Catégorie B : 81,9 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque	Catégorie A[3] : 100 % Catégorie B[4] : 75 %	Catégorie A : 81,6 % Catégorie B : 72,9 %
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie	Catégorie A[5] : 100 % Catégorie B[6] : 50 %	Catégorie A : 62,1 % Catégorie B : 53,8 %

1. Demandes de service de priorité 1, 2, 3.1, 3.2 et 4.
2. Demandes de service de priorité 5.1 et 5.2.
3. Demandes de service de priorité 1, 2 et 3.
4. Demandes de service de priorité 4 et 5.
5. Demandes de service de priorité 1 et 2.
6. Demandes de service de priorité 3, 4 et 5.

Commentaires

Les maladies cardiovasculaires demeurent de nos jours la principale cause de mortalité et de morbidité au Canada et aux États-Unis. Une augmentation graduelle de la population souffrant de ces pathologies est prévue jusqu'en 2015. Cependant, le traitement et la prise en charge des personnes ont grandement évolués. En effet, les avancés technologiques offrent des possibilités thérapeutiques plus étendues et entraînent des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes. Ainsi, la croissance du nombre d'interventions thérapeutiques pour revascularisation (pontage), conjuguée à un glissement de la chirurgie vers l'angioplastie, entraîne une stagnation sensible de la référence en chirurgie cardiaque.

L'exercice 2004-2005 fut une année charnière sur le plan de la cardiologie tertiaire, car le déploiement du Système de gestion de l'accès aux services (SGAS) n'a été complété qu'en janvier 2004 dans l'ensemble des centres de cardiologie tertiaire. L'année 2004-2005 est donc la première période annuelle pour laquelle le Ministère dispose de données complètes pour tous les centres, et celle-ci sera donc considérée comme le point de départ pour les comparaisons futures.

Les résultats obtenus en 2004-2005 sont satisfaisants. Même si les cibles n'ont pas été atteintes, il est important de mentionner qu'en moyenne 16 % des demandes en attente en hémodynamie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie apparaissant dans les « hors délais » le sont pour divers motifs personnels, médicaux ou de recherche. Il faut noter que ces motifs ne relèvent pas de l'accès aux services dans les établissements. Cet état de fait a un impact considérable sur les résultats observables dans les statistiques des demandes effectuées. Autrement dit, en cardiologie tertiaire, les cibles sont la plupart du temps atteintes ou très près de l'être. Évidemment, les efforts importants qui ont été consentis dans ce domaine seront maintenus pour améliorer l'accès aux services.

Le cancer

OBJECTIF **Préparer, dans chacune des régions, un plan régional d'intervention et de services intégrés de lutte contre le cancer.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion des plans régionaux déposés au Centre québécois de coordination de la lutte contre le cancer	55 %, soit 10 plans régionaux sur 18	100 %	95 %

Commentaires

Le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC) constitue le fondement de l'approche québécoise en matière de lutte contre le cancer. Le programme s'articule autour d'un continuum d'interventions centré sur la population et la personne atteinte, allant de la prévention aux soins de fin de vie en passant par le dépistage, l'investigation, le traitement et le soutien. Le PQLC recommande, entre autres, d'instaurer des programmes régionaux et de mettre en place des structures participatives et des comités régionaux de lutte contre le cancer, dont le mandat sera de conseiller les agences sur la mise en œuvre du PQLC. Les plans d'action régionaux de lutte contre le cancer s'inscrivent dans cette recommandation.

Au 31 mars 2005, 17 régions sur 18 ont déposé leur plan d'action en matière de lutte contre le cancer. Seul le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James n'a pas encore déposé son plan d'action. Cette région a toutefois déposé, le 16 janvier 2005, un état de la situation et compte élaborer prochainement son plan d'action régional.

Les plans d'action régionaux sont mis en œuvre sur une période de trois ans. D'une manière générale, l'ensemble des régions prévoit des actions pour chacun des volets du continuum de services. Les volets prévention et promotion sont considérés dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012* et ils touchent aux habitudes de vie (tabagisme, alimentation, obésité, environnement). Quant au dépistage, outre les mesures prévues au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS), des activités sont implantées ou consolidées, selon les régions, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal. Par ailleurs, des mesures touchant à l'investigation, au traitement, au soutien et aux soins palliatifs sont aussi prévues. Elles répondent en général aux problématiques particulières présentes dans chacune des régions.

L'élaboration des plans d'action dans les régions a permis la concertation avec les différents partenaires. Les comités régionaux sont mis en place dans la plupart des régions et les travaux entourant la mise en œuvre proposée dans les plans d'action constituent l'occasion de mobiliser l'ensemble des intervenants autour d'un projet commun. L'acceptation de ces plans par les conseils d'administration des agences démontre également leur imputabilité.

OBJECTIF **Maintenir et accroître la capacité d'intervention des services spécialisés en fonction du délai d'accès suivant :**

- **à l'intérieur de huit semaines en radiothérapie entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de patients sur une liste d'attente au-delà du délai maximum de huit semaines	178	0	55

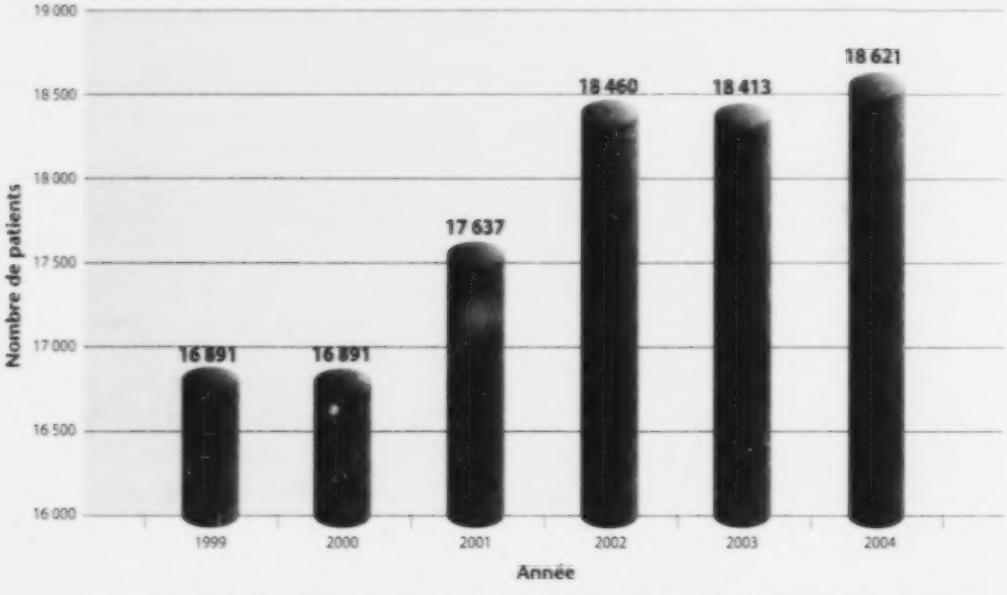
Commentaires

Le Québec compte dix centres de radio-oncologie répartis dans sept régions. Par région, ces centres sont :

Bas-Saint-Laurent :	le Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski ;
Saguenay–Lac-Saint-Jean :	le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ;
Capitale nationale :	le Centre hospitalier universitaire de Québec ;
Mauricie et Centre-du-Québec :	le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières ;
Estrie :	le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ;
Montréal :	l'Hôpital général juif ; le Centre hospitalier de l'Université de Montréal ; l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ; le Centre universitaire de santé McGill ;
Outaouais :	le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau.

En 2004-2005, plus de 18 600 patients ont été traités dans ces centres.

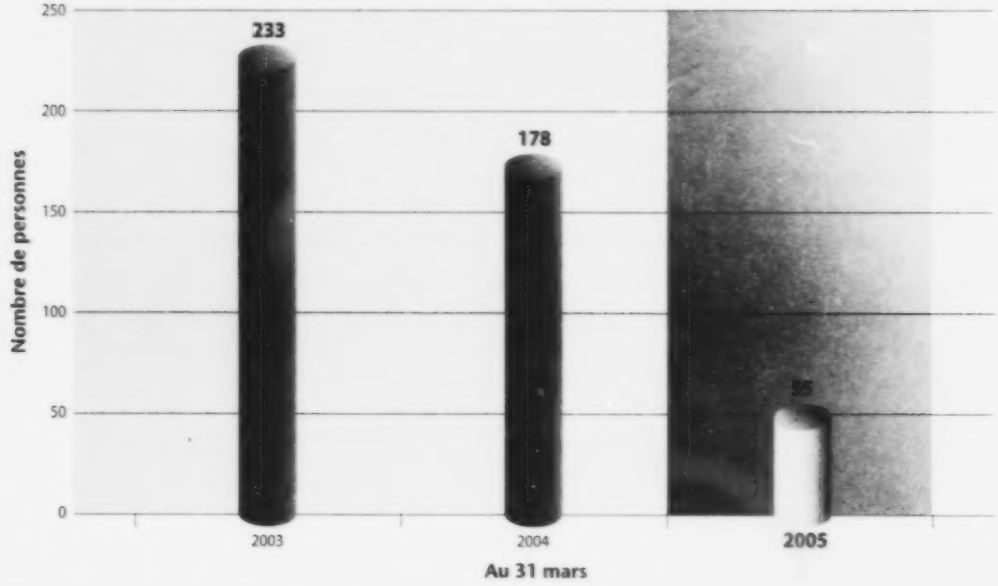
Nombre de patients traités en radio-oncologie* en 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 et 2004



* Ces chiffres n'incluent pas les 1 610 patients traités aux États-Unis du 1er janvier 1999 au 31 janvier 2002.

Au 31 mars 2005, le nombre de patients en attente depuis plus de huit semaines, tous sites confondus, s'élevait à 55, comparativement à 178 pour l'année précédente. Le résultat indique donc une diminution importante du nombre de patients en attente depuis plus de huit semaines. De même, au 31 mars 2005, cinq centres de radio-oncologie avaient atteint la cible visée, soit le Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, l'Hôpital général juif de Montréal et le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau.

Nombre de personnes en attente de plus de 8 semaines en radio-oncologie (tous cancers confondus)



L'année 2004-2005 a été marquée par la consolidation des mesures visant à soutenir les équipes de radio-oncologie. L'état de la liste d'attente dans les centres de radio-oncologie a été étroitement suivi, et ce, sur une base hebdomadaire. Les stratégies mises en place pour diminuer la liste d'attente en 2004-2005 étaient axées sur les éléments suivants :

- la mise en place et la consolidation du plan stratégique de main-d'œuvre pour les technologues en radio-oncologie;
- la mise en place et la consolidation des corridors de services permettant le transfert de patients en attente de traitement depuis plus de huit semaines entre les quatre centres de radio-oncologie de la région de Montréal;
- le renforcement des corridors de services opérationnels avec les centres de radio-oncologie du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et du Centre hospitalier universitaire de Québec;
- la création de deux corridors supplémentaires, l'un entre le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, l'autre entre l'Hôpital Charles-LeMoyne et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;
- le financement ministériel d'un million de dollars en soutien à la Fondation québécoise du cancer pour la construction de deux nouvelles hôtelleries-cancer, l'une à Trois-Rivières et l'autre à Gatineau, et également pour l'agrandissement de l'hôtellerie-cancer à Sherbrooke. Ce financement permet l'ouverture de 50 nouvelles places d'hébergement pour les personnes devant recevoir des traitements de radiothérapie en dehors de leur région de résidence.

La mise en place en 2004-2005 de mesures structurantes ont donné les résultats escomptés. Il est à prévoir que les effets de ces mesures se feront également sentir dans le futur.

OBJECTIF **Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	19 000	18 794*
Nombre moyen d'interventions en soins palliatifs à domicile	13,4	15,54*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

La *Politique en soins palliatifs de fin de vie* a été lancée au mois d'avril 2004. Elle propose des solutions et des mesures concrètes pour améliorer les services de fin de vie pour toutes personnes, enfants et adultes. Elle favorise l'équité dans l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts par des équipes interdisciplinaires de soins palliatifs, que ce soit au domicile de la personne, en établissement ou dans les maisons spécialisées. La politique préconise notamment le maintien de la personne dans son milieu de vie naturel le plus longtemps possible, si tel est son choix.

Pour l'exercice 2004-2005, la cible pour le nombre d'usagers recevant des soins palliatifs à domicile a pratiquement été atteinte. Le nombre moyen d'interventions par usager a augmenté par rapport à 2003-2004, ce qui signifie que les personnes rejointes ont bénéficié, en moyenne, d'une plus grande intensité de services.

Ces résultats reflètent les éléments structurants qui ont été mis en œuvre en 2004-2005 afin d'améliorer et de consolider les services de fin de vie offerts au Québec :

- pour assurer le suivi de la politique, un comité a amorcé ses travaux en octobre 2004, favorisant ainsi, sur un horizon de quelques années, l'implantation des différentes mesures proposées. Des mécanismes pour faciliter les échanges et pour partager l'expertise, comme un forum sur le Web reliant tous les partenaires du milieu, ont été mis en place. Plus de 160 personnes occupant des postes stratégiques y sont inscrites;
- des orientations ont été transmises par le ministre aux agences, en novembre 2004, concernant le statut et le financement des maisons de soins palliatifs;
- le Réseau québécois de l'asthme et de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) a été mandaté en mai 2004 pour élaborer un protocole de soins de fin de vie, sur la base de la politique, ce qui aidera à définir des trajectoires de services pour cette clientèle;
- trois projets pilotes pour améliorer la coordination des services en fin de vie dans trois régions différentes (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec et Estrie) ont été planifiés en 2004-2005. Ils serviront à valider de nouvelles façons de faire qui pourront, par la suite, être déployées dans d'autres régions du Québec;
- un financement d'un million de dollars par année durant trois ans a été annoncé pour le projet le *Phare, Enfants et Familles*, une maison qui accueillera à compter de 2006 des enfants atteints de maladies dégénératives ou terminales afin de donner des moments de répit à leur famille.

Les services préhospitaliers d'urgence

OBJECTIF **Implanter et consolider les centres de communication santé (CCS).**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de CCS implantés (statut juridique et lettres patentes obtenus, conseil d'administration en place, centre d'appels en service)	5 CCS implantés	Un CCS à implanter	Un CCS implanté
Nombre de CCS consolidés (budget régularisé, offre de service correspondant à la demande, intégration des territoires d'opération)	Consolidation de 3 CCS	Un CCS à consolider	Partiellement atteint

Commentaires

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence établit le pouvoir du ministre de créer les centres de communication santé (CCS) et d'en déterminer les conditions d'opération. Ainsi, les principales fonctions des CCS sont les suivantes :

- recevoir, traiter et prioriser les appels qui demandent l'intervention des services préhospitaliers d'urgence ;
- affecter et répartir les ressources préhospitalières disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente ;
- assurer le suivi et l'encadrement opérationnels des ressources affectées à une demande de services préhospitaliers d'urgence ;
- collaborer avec les différents partenaires au contrôle et à l'appréciation de la qualité des actes posés par son personnel et par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence ;
- coordonner les communications entre les acteurs de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et les établissements.

Les travaux effectués en 2004-2005 ont permis de mettre en place un CCS dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et un autre dans la région de l'Estrie. L'implantation de ce dernier CCS est pratiquement terminée ; il ne reste que quelques modalités juridiques à finaliser. Ainsi, le nombre de CCS dont l'implantation est achevée sera, par conséquent, de sept à la fin de l'année civile 2005.

De plus, pour la deuxième année consécutive, une consolidation significative a été effectuée au Centre d'appels d'urgence des régions de l'Est-du-Québec (CAUREQ) situé à Rimouski. Ne disposant pas de toutes les ressources requises et fonctionnant à 50 % de sa capacité, le CAUREQ ne dessert toujours pas la Côte-Nord ni complètement le Bas-Saint-Laurent et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. La consolidation des CCS se poursuivra donc au cours du prochain exercice.

Le Ministère, tributaire des développements disponibles, tentera également de parachever le réseau des CCS dans les régions sociosanitaires qui ne sont pas encore desservies, soit l'Abitibi-Témiscamingue, les Laurentides, Lanaudière et l'Outaouais.

Les personnes âgées en perte d'autonomie

OBJECTIF **Diffuser un cadre de référence ministériel portant sur la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Diffusion du cadre de référence ministériel	Juin 2004	Novembre 2004

Commentaires

La chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie chez un nombre important de personnes âgées. Au Québec, pour la période 1997 à 1999, environ 580 000 personnes âgées auraient fait une chute. En 2004, plus de 12 000 hospitalisations et 600 décès ont pu être provoqués par des chutes chez les personnes âgées.

Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* recommandaient d'expérimenter et d'évaluer, aux paliers régional et local, des projets pilotes en prévention des blessures à domicile. Depuis novembre 2002, le *Programme national de santé publique 2003-2012* a pris la relève. Il tient compte de l'avancée des connaissances dans le domaine et il reconnaît l'importance d'agir afin de réduire l'ampleur du problème. Il fixe deux objectifs en matière de prévention des traumatismes chez les aînés afin de réduire la mortalité et la morbidité liées aux chutes :

- la promotion et le soutien, auprès des cliniciens, de l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risque de chute chez les personnes âgées à risque;
- la promotion et le soutien des mesures factorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute.

Les services de prévention des chutes chez les personnes âgées font partie des services prioritaires à déployer au cours du premier cycle d'implantation du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Pour soutenir le déploiement de ces services au palier local, le Ministère a élaboré et diffusé un cadre de référence sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

Le document intitulé *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* a été diffusé en novembre 2004.

OBJECTIF **Rehausser l'offre globale des services de soutien à domicile :**

- **soutenir un plus grand nombre de personnes à domicile au Québec, et ce, peu importe leur milieu de vie, dans le but d'atteindre 16 % des personnes âgées en 2010;**
- **offrir une réponse plus complète aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile en augmentant l'intensité des services afin d'offrir en moyenne 24 interventions par personne par année en 2010.**

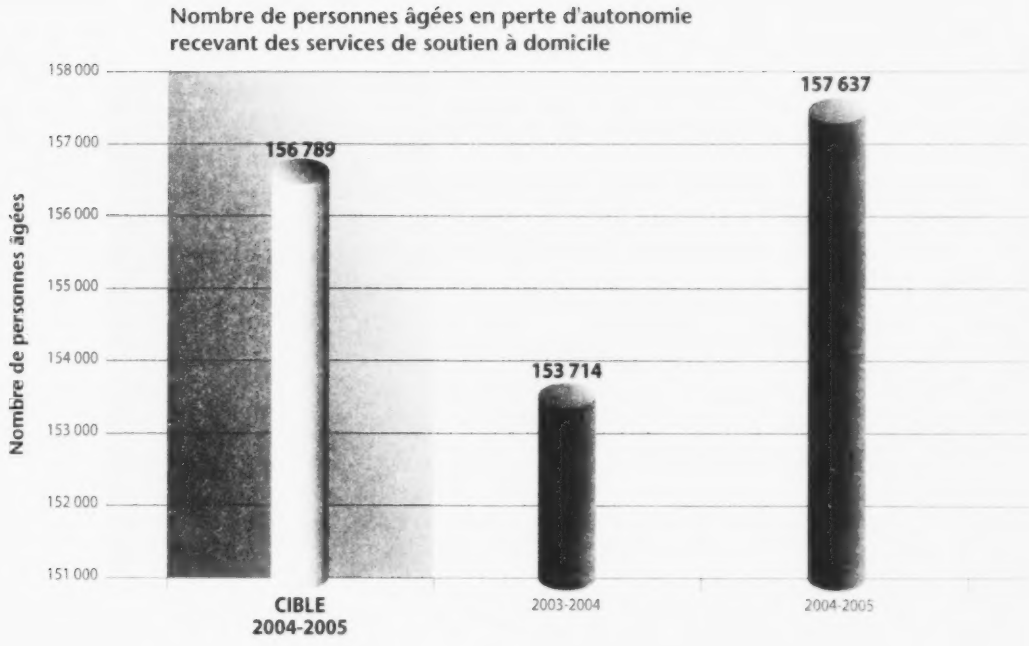
Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies à domicile	153 714	156 789	157 637*
Nombre moyen d'interventions par personne	20,97	21,27	23,16*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Afin de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté, il importe d'augmenter le soutien à domicile. Ainsi, au cours du dernier exercice, les agences ont continué d'investir dans les services de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Comme pour les années antérieures, le Ministère vise à favoriser une meilleure accessibilité des services, d'une part, en augmentant le nombre de personnes rejointes et, d'autre part, en augmentant l'intensité de ces services, et ce, peu importe le milieu de vie des personnes.

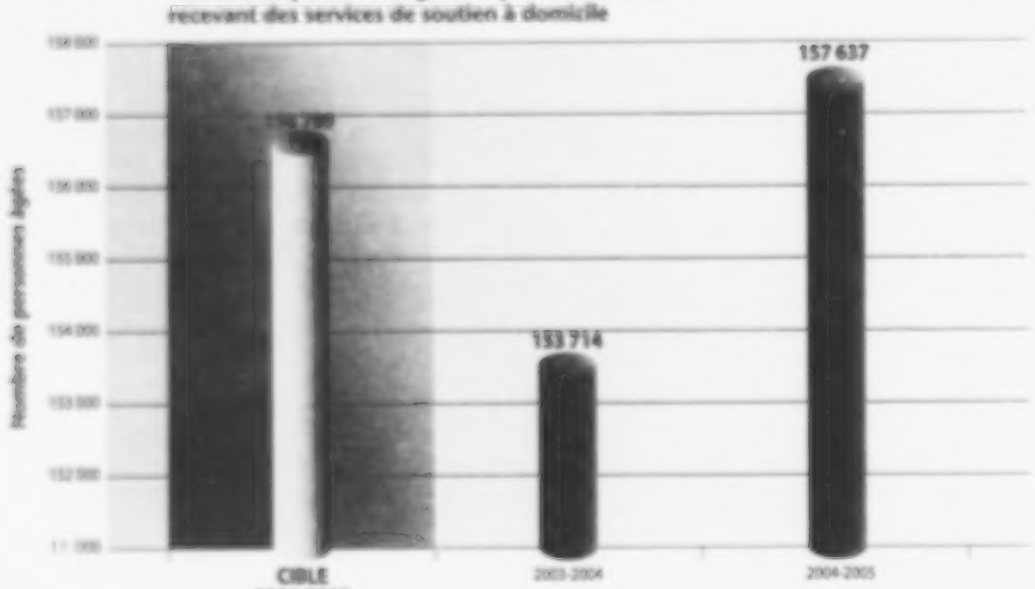
Deux indicateurs mesurent l'atteinte de l'objectif, soit le nombre de personnes recevant des services et le nombre moyen d'interventions par personne. Les deux cibles ont été dépassées. Ainsi, 157 637 personnes âgées en perte d'autonomie ont reçu des services à domicile, soit 3 923 personnes de plus qu'en 2003-2004, une hausse de 2,5 %. Les seules régions qui n'ont pas atteint les cibles sont les régions de la Capitale nationale et de la Montérégie. Dans l'ensemble du Québec, au cours de l'exercice 2004-2005, 15,4 % de la population âgée de 65 ans et plus a été rejointe par les services à domicile, alors que la cible fixée pour 2010 est 16 %.



En ce qui concerne l'intensité des services, la cible fixée pour l'année était 21,27 interventions en moyenne par personne. Cette cible a été atteinte ou dépassée dans toutes les régions. Il y a eu un nombre moyen de 23,16 interventions par personne, soit une hausse de 10 % par rapport à l'année précédente. Les résultats obtenus s'approchent de la cible de 24 interventions par personne fixée pour 2010.

Des efforts additionnels devront être consentis au cours des prochaines années pour atteindre les cibles de 2010, considérant le vieillissement de la population. Ainsi, au cours des cinq prochaines années, la population âgée de 65 ans et plus croîtra de 11 %, soit d'environ 119 000 personnes.

Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile



En ce qui concerne l'intensité des services, la cible fixée pour l'année était 21,27 interventions en moyenne par personne. Cette cible a été atteinte ou dépassée dans toutes les régions. Il y a eu un nombre moyen de 23,16 interventions par personne, soit une hausse de 10 % par rapport à l'année précédente. Les résultats obtenus s'approchent de la cible de 24 interventions par personne fixée pour 2010.

Des efforts additionnels devront être consentis au cours des prochaines années pour atteindre les cibles de 2010, considérant le vieillissement de la population. Ainsi, au cours des cinq prochaines années, la population âgée de 65 ans et plus croîtra de 11 %, soit d'environ 119 000 personnes.

OBJECTIF **Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant au Québec les heures travaillées :**

- **en soins infirmiers et d'assistance à un niveau de 3 heures travaillées par jour-présence en 2010;**
- **en services professionnels pour atteindre 0,23 heure travaillée par jour-présence en 2010.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	2,930	2,938	2,964*
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,203	0,205	0,218*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Les personnes âgées souhaitent habituellement demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie. Toutefois, dans certaines situations, elles doivent être hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces personnes hébergées ont de plus en plus de lourdes pertes d'autonomie qui nécessitent des services plus intensifs. Afin de répondre à des besoins plus importants sur le plan clinique, l'objectif consiste à améliorer l'intensité des services reçus en CHSLD en augmentant le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en services professionnels.

À cet égard, le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance a atteint 2,964, dépassant ainsi la cible fixée à 2,938 heures pour l'année 2004-2005. Toutes les régions ont atteint ou dépassé la cible, et se situent près de la cible 2010 qui est de 3 heures.

La tendance à la hausse est aussi observée pour les services professionnels, soit les services de nutrition clinique, de pharmacie, de physiothérapie, d'ergothérapie, etc. Toutes les régions ont atteint ou dépassé la cible qui était pour 2004-2005 de 0,205 heure. Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence est passé de 0,203 en 2003-2004 à 0,218 cette année. Il s'agit d'une augmentation de 0,015 heure, soit 7 % de plus qu'au dernier exercice. La cible 2010 est établie à 0,23 heure travaillée par jour-présence.

Il est important de mentionner que l'augmentation du nombre d'heures travaillées par jour-présence en CHSLD a des répercussions importantes sur le plan des ressources humaines et financières. Des efforts importants devront être maintenus pour atteindre les cibles 2010, considérant que, de plus en plus, l'hébergement en CHSLD sera réservé aux personnes qui en ont le plus besoin sur le plan clinique, ce qui signifie un alourdissement de la clientèle.

OBJECTIF **Entreprendre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'établissements visités	40	47[1] 31[2]
Pourcentage des établissements ayant obtenu une note supérieure à 70 %	n.a.	45 %, soit 21 des établissements visités[1]
Nombre d'établissements ayant élaboré un plan de correctifs	n.a.	46[1]
Nombre d'établissements ayant déposé un bilan du plan de correctifs	n.a.	41[1]

1. Établissements qui ont fait l'objet d'une visite du 27 janvier au 6 avril 2004.
2. Établissements qui ont fait l'objet d'une visite de novembre 2004 au 31 mars 2005.

Commentaires

En octobre 2003, le Ministère diffusait ses orientations intitulées *Pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Celles-ci visaient à promouvoir la création d'un environnement favorable ainsi qu'à répondre le mieux possible aux besoins des personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En janvier 2004, le Ministère commençait les visites en CHSLD et l'opération devait se terminer en avril 2004. Au cours de cette période, il était prévu de visiter une quarantaine de CHSLD hébergeant 4 000 personnes, ce qui représente environ 10 % de l'ensemble des personnes vivant dans ces établissements.

Cette démarche visait à circonscrire les solutions de nature à contribuer à la mise en place d'un milieu de vie de qualité et de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les établissements.

Les modalités opérationnelles

Cinq équipes ont été constituées pour effectuer ces visites. Elles étaient composées d'un représentant du Ministère et d'un représentant du Conseil pour la protection des malades (CPM), auxquels se sont joints, dans chacune des régions, un représentant de l'agence et un représentant de la Table de concertation des aînés.

De janvier 2004 à avril 2004, 47 établissements ont été visités, hébergeant au total de 5 989 résidents, ce qui représente près de 14 % de l'ensemble des personnes vivant en CHSLD. Toutes les régions ont été visitées, à l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Les thèmes appréciés à l'aide d'une instrumentation standardisée sont :

- l'application des principes caractérisant un milieu de vie ;
- l'accessibilité et la qualité des services et des activités ;
- les mesures, les mécanismes, les protocoles ou les instances contribuant à un milieu de vie de qualité.

Un rapport a été produit à la suite de chacune des visites. De plus, les données recueillies à l'aide de l'instrumentation utilisée ont été traitées de façon à établir une appréciation de la qualité des services exprimée en pourcentage. C'est ce qui a permis d'établir la note pour chacun des établissements visités. À ce chapitre, il est à noter que 45 % des établissements visités, soit 21 sur 47 établissements, ont obtenu une note supérieure à 70 %. La note de 70 % est le barème fixé indiquant que les établissements ont atteint la totalité ou la majorité des objectifs.

Les actions et les mesures prises à la suite des visites

Un plan de correctifs permettant de donner suite aux recommandations contenues dans le rapport de visite a été demandé aux établissements visités. Un seul des 47 établissements n'avait aucun plan de correctifs à mettre en place en raison de la qualité des services dispensés. Les 46 autres ont produit un plan de correctifs. De plus, un bilan du plan de correctifs, au 31 mars 2005, a été déposé par tous les établissements. Une compilation partielle (30 établissements sur 46) des données des bilans indique que 70 % des recommandations des rapports de visite ont été suivies en totalité ou en majeure partie.

Un rapport synthèse faisant le bilan de l'ensemble des visites et contenant une série de recommandations pour améliorer la qualité de vie de l'ensemble des personnes vivant en CHSLD a été produit en juin 2004. Le ministre a aussi annoncé en juin :

- l'investissement d'un million de dollars sur deux ans dans des activités de formation;
- l'investissement de 35 millions de dollars pour permettre la réalisation de rénovations fonctionnelles mineures en cours d'année;
- la poursuite des visites d'appréciation et leur élargissement à l'ensemble des milieux de vie substituts hébergeant une clientèle vulnérable.

Les visites dans les CHSLD ont repris en novembre 2004. Il s'est effectué 31 visites d'appréciation de novembre 2004 au 31 mars 2005. Un plan de correctifs permettant de donner suite aux recommandations contenues dans le rapport de visite est demandé à chaque établissement visité. Le bilan de ces plans apparaîtra dans le rapport annuel de gestion 2005-2006 du Ministère. Dans le cadre de cette démarche, il est prévu que 60 % des installations en CHSLD seront visitées d'ici 2010.

Enfin, les visites d'appréciation débuteront en 2005-2006 dans les autres milieux de vie substituts hébergeant une clientèle vulnérable.

Les jeunes et leur famille

OBJECTIF **Implanter, dans tous les territoires locaux, les « services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité », selon le cadre de référence ministériel produit en mai 2004.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de territoires locaux où sont implantés les services intégrés en périnatalité	100 %	72 %, soit 69 territoires locaux sur 96

Commentaires

L'implantation des « services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité » s'inscrit dans la foulée des efforts investis, au cours des dernières années, pour soutenir le développement des jeunes enfants de milieux socioéconomiquement défavorisés, pour prévenir les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit de ces derniers et pour favoriser leur adaptation sociale.

L'implantation de ces services figure parmi les activités à déployer prioritairement dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012*. Dans ce contexte, un cadre de référence ministériel relatif aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance a été produit au printemps 2004. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance comprennent deux composantes : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables.

En 2004-2005, l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance a été mesurée à l'aide des trois indicateurs suivants, lesquels font référence aux deux composantes des services :

- le nombre de territoires locaux offrant l'accompagnement des familles en prénatalité, soit à partir de la 12e semaine de grossesse;
- le nombre de territoires locaux offrant l'accompagnement des familles en postnatalité, soit de 0 à 5 ans;
- le nombre de territoires locaux offrant des activités visant à soutenir la création d'environnements favorables.

Au 31 mars 2005, 72 % des territoires locaux, soit 69 sur une possibilité de 96 (incluant le Nord-du-Québec), offrent l'ensemble des volets mesurés en 2004-2005. De façon détaillée :

- 95 % ce qui correspond à 91 territoires locaux offrent l'accompagnement des familles en prénatalité à partir de la 12e semaine de grossesse;
- 90 % soit 86 territoires locaux offrent l'accompagnement des familles en postnatalité de 0 à 5 ans;
- 80 % représentant 77 territoires locaux offrent des activités visant à soutenir la création d'environnements favorables.

Ces résultats montrent que l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance est bien amorcée dans la plupart des régions du Québec, et qu'une majorité des territoires locaux offrent les services selon le nouveau cadre de référence ministériel. Il importe de souligner que les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance sont considérés comme implantés sur un territoire donné lorsque tous les critères d'implantation mentionnés plus haut sont respectés.

Par ailleurs, les travaux de soutien à l'implantation et au déploiement des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance se poursuivent. Ces travaux portent, notamment, sur la production de guides d'intervention et sur la formation des intervenants.

OBJECTIF **Rejoindre 60 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de la clientèle rejointe	60 %	61 %*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

1. Ce résultat devra cependant être révisé et complété puisque la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'est pas incluse dans la compilation.

Commentaires

Cet objectif s'inscrit en continuité avec l'implantation des « services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité » dans tous les territoires locaux. Ces services de promotion et de prévention visent à soutenir le développement des enfants défavorisés dont la mère est âgée de 20 ans et plus, sous-scolarisée et vivant sous le seuil de faible revenu.

Au Québec, 4 556 femmes, soit 61 % des femmes enceintes et mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ont été inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance entre le 1er avril 2004 et le 31 mars 2005. Ce résultat indique que des efforts importants ont été faits par les régions pour rejoindre la clientèle visée par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

OBJECTIF **Offrir un suivi intensif à 80 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans dans le cadre du volet du *Programme de soutien aux jeunes parents*.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de la clientèle rejointe	72 % de la population cible, ou 2 644 personnes, au 15 septembre 2003	80 %	88 %*[1,2]

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

1. Selon les informations fournies par les régions, le dénominateur pose certaines difficultés dues, entre autres, au mode de transmission des formulaires SP-1 et au fait que des mères inscrites au service en 2004-2005 ont accouché l'année précédente. Cela explique que certaines régions présentaient des résultats supérieurs à 100 %. Après discussion avec ces régions, les résultats ont été ramenés à 100 % (les régions de la Capitale nationale, de la Mauricie et Centre-du-Québec et de Lanaudière).
2. La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine n'est pas en mesure de fournir les données requises pour calculer cet indicateur en raison de problèmes de collecte de données.

Commentaires

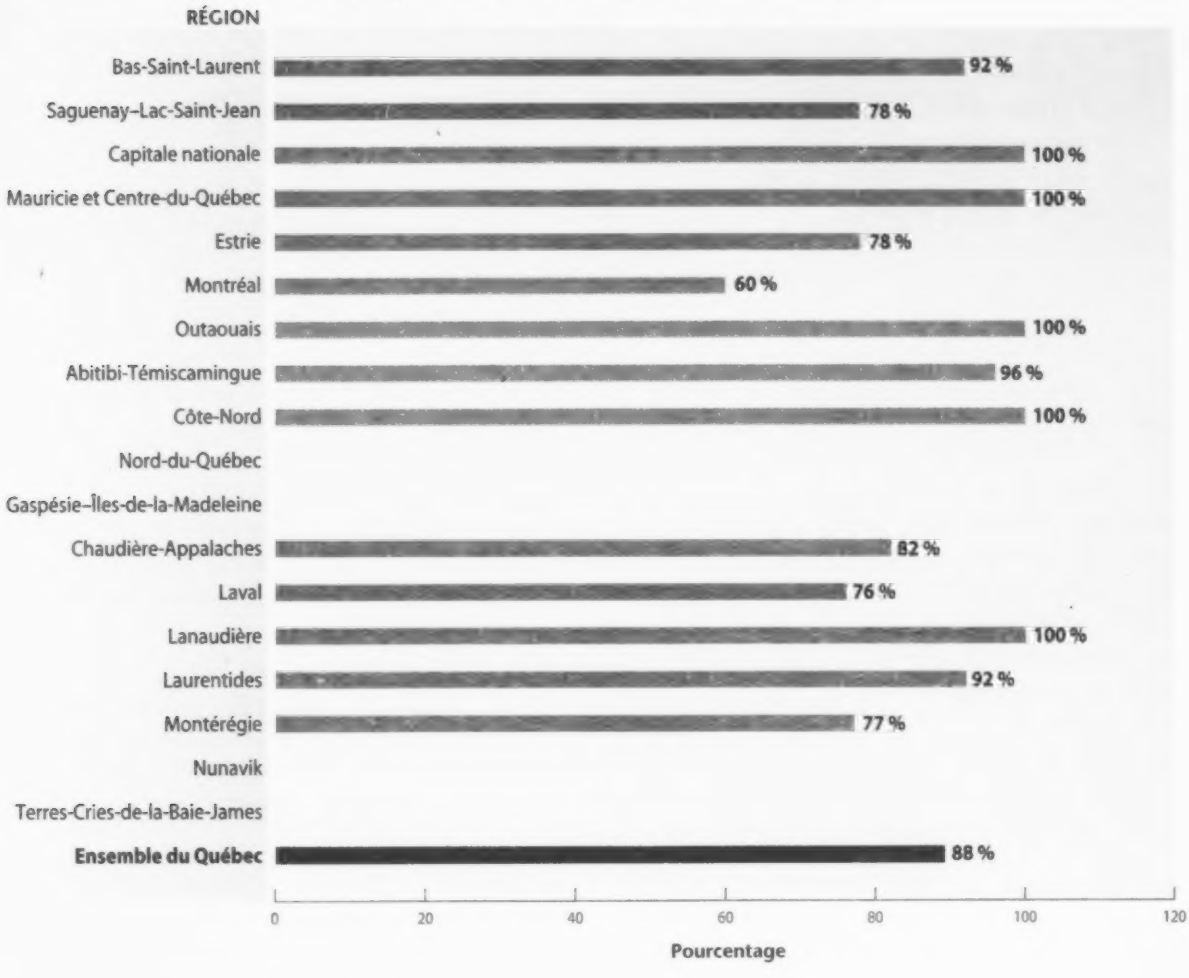
Pour faire suite au Sommet du Québec et de la jeunesse, le Ministère annonçait, le 5 juin 2000, la création d'un *Programme de soutien aux jeunes parents*.

Les services de soutien aux jeunes parents, plus particulièrement aux femmes enceintes et aux mères âgées de moins de 20 ans, sont actualisés, notamment, par des visites à domicile effectuées par une intervenante privilégiée et ils visent à :

- donner le soutien nécessaire aux jeunes parents afin de favoriser le développement global des enfants;
- prévenir et réduire les difficultés d'adaptation sociale et les retards dans le développement des enfants;
- diminuer les situations de négligence et d'abus à l'endroit des enfants.

Depuis septembre 2003, les services de soutien aux jeunes parents sont déployés dans l'ensemble des régions du Québec. En moyenne, en 2004-2005, les régions rejoignent 88 % de leur clientèle cible, soit les jeunes mères âgées de moins de 20 ans et leur famille. Le résultat dépasse la cible fixée pour 2004-2005 et représente une augmentation de 16 % par rapport à l'année précédente. Des efforts doivent se poursuivre pour rejoindre les jeunes mères dès la 12e semaine de grossesse et leur offrir des services de façon intensive jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans.

Proportion des nouvelles jeunes mères rejointes par le *Programme de soutien aux jeunes parents*, par région



Afin d'assurer les services les mieux adaptés à la réalité des jeunes parents, un programme de formation continue est offert à 4 000 intervenants et partenaires à travers la province. Des guides d'intervention portant sur l'attachement parents-enfant et sur l'adoption de saines habitudes de vie ont également été élaborés en 2005.

Toujours dans le but d'assurer la qualité des services offerts, une démarche d'évaluation rigoureuse de l'implantation et des effets à court, moyen et long terme est en cours. À cet effet, une équipe de chercheurs a été désignée et dès territoires locaux ont été ciblés pour la réalisation de cette évaluation.

OBJECTIF **Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion d'agences qui se sont dotées d'un plan de déploiement de l'approche « École en santé »	100 %	63 %, soit 10 agences sur 16

Commentaires

Le Programme national de santé publique 2003-2012 et l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation publiée en mars 2003 identifient le déploiement de l'approche « École en santé » comme étant un axe d'intervention prioritaire.

Cette approche vise à agir sur les principaux facteurs individuels et environnementaux qui ont un impact sur la réussite éducative, la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et à prévenir ainsi certaines difficultés qui peuvent compromettre leur développement. Elle permet une planification intégrée des interventions de promotion de la santé et de prévention qui émergent d'un partenariat entre l'école, la famille et la communauté.

Au 31 mars 2005, 63 % des agences, soit 10 sur 16, se sont dotées, conjointement avec leurs partenaires de l'éducation, d'un plan de déploiement de l'approche « École en santé » pour leur région. Les six autres agences, avant de convenir avec leurs partenaires de l'éducation d'un plan régional de déploiement, attendaient la tenue de l'atelier d'appropriation « École en santé » dans leur région, lequel s'est déroulé après le 31 mars 2005.

Il convient de préciser que d'autres activités en lien avec l'appropriation et l'implantation de l'approche « École en santé » ont été réalisées au cours de l'année. Il faut notamment mentionner :

- la mise en place de mécanismes de soutien au déploiement de l'approche « École en santé » (comité national d'orientation, réseau de répondants régionaux, équipe nationale de formateurs MELS-MSSS, groupes de travail pour la production d'outils et d'activités de promotion et de suivi de l'approche « École en santé »);
- la production d'un guide « École en santé » à l'intention des milieux scolaires et de leurs partenaires : *Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, d'un résumé *En bref* et d'un exemple fictif d'un plan de réussite « École en santé ». Ces documents seront diffusés à l'été 2005;
- la tournée des régions du Québec pour l'appropriation « École en santé ». Les partenaires concernés de toutes les régions du Québec se sont inscrits à au moins un atelier d'appropriation de l'approche « École en santé » au cours de la période s'échelonnant de l'automne 2004 à l'été 2005. Les répondants régionaux de cette approche des directions régionales du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et des directions de santé publique des agences ont également participé à un atelier d'appropriation en janvier 2005.

OBJECTIF **Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :**

- **desservir plus de jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux;**
- **offrir une réponse plus complète aux besoins des jeunes et de leur famille en augmentant l'intensité des services psychosociaux.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de jeunes desservis	103 064	106 577*
Nombre moyen d'interventions par usager	5,5	5,6*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Dans le cadre de l'allocation consacrée au secteur jeunesse en 2004-2005, la priorité a été donnée à la consolidation des services psychosociaux de première ligne et à la poursuite des activités des équipes d'intervention jeunesse. Les services psychosociaux sont offerts par les CSSS. Ils s'adressent aux enfants âgés de 0 à 17 ans et à leurs parents, donc aux familles. Ces services sont disponibles dans les différents milieux de vie des jeunes. Les activités des équipes d'intervention jeunesse, quant à elles, visent à assurer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services aux enfants et aux jeunes qui présentent des problèmes complexes ou une multiproblématique.

En ce qui concerne le nombre d'usagers desservis, le résultat a dépassé la cible. Ainsi, 106 577 usagers ont reçu des services psychosociaux alors que la cible était fixée à 103 064, soit un dépassement de 3,4 %. Au total, 15 régions sur 16 ont atteint leur cible en 2004-2005. En 2003-2004, 101 051 jeunes avaient bénéficié de services psychosociaux. Par rapport à ce résultat, le nombre d'usagers desservis en 2004-2005 représente une augmentation de 5 %.

Concernant le nombre moyen d'interventions par usager, le résultat a quelque peu dépassé la cible, soit 5,6 interventions par rapport à 5,5. Seulement 5 régions sur 16 ont atteint la cible fixée en 2004-2005. Toutefois, 10 régions sur 16 offrent en moyenne 5,5 interventions par usager. Les sommes consenties cette année pour les clientèles plus vulnérables ont permis de rejoindre un plus grand nombre d'usagers. Cet objectif étant atteint, les sommes allouées la deuxième année serviront à intensifier les services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille.

OBJECTIF **Réviser la Loi sur la protection de la jeunesse afin de confirmer son caractère d'exception.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Dépôt des modifications législatives	Dépôt prévu pour la fin 2004	Dépôt prévu pour la fin 2004	Dépôt prévu pour l'automne 2005

Commentaires

Différents groupes de travail ont proposé une révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) afin de confirmer son caractère exceptionnel et d'améliorer l'articulation des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille.

En décembre 2002, le mandat de réviser la LPJ a été confié à l'Assemblée de coordination de la protection de la jeunesse. Un comité d'experts externes, formé à cet occasion, a déposé au Ministère, en novembre 2003, un rapport intitulé *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*. Ce rapport fut rendu public en mars 2004.

Avant de donner son assentiment aux recommandations du comité d'experts et de procéder à la rédaction d'un projet de loi, le Ministère a voulu mesurer l'adhésion des personnes et des organismes concernés par les différentes propositions faites par ce comité. Une tournée de consultation a été réalisée, à cette fin, de mai 2004 à janvier 2005 dans les 18 régions du Québec.

Compte tenu que le ministère de la Justice a aussi proposé des modifications à la LPJ en vue d'améliorer le fonctionnement des tribunaux en matière de protection de la jeunesse, les deux ministères ont mené conjointement des consultations auprès des organismes nationaux en décembre 2004. Des commentaires ont été transmis par 40 organismes, qui représentaient les ordres professionnels, les associations d'établissements, les syndicats, les regroupements d'organismes communautaires et du secteur juridique, les organismes consultatifs gouvernementaux, les regroupements autochtones ainsi que les différents groupes de recherche.

À la suite de ces consultations, les deux ministères ont convenu des modifications législatives à apporter. La rédaction d'un projet de loi modifiant la LPJ est actuellement en cours.

Le dépôt du projet de loi est prévu pour l'automne 2005.

OBJECTIF **Garantir l'accès aux services d'évaluation et d'application des mesures relatives à la Loi sur la protection de la jeunesse à tout enfant dont le signalement est retenu :**

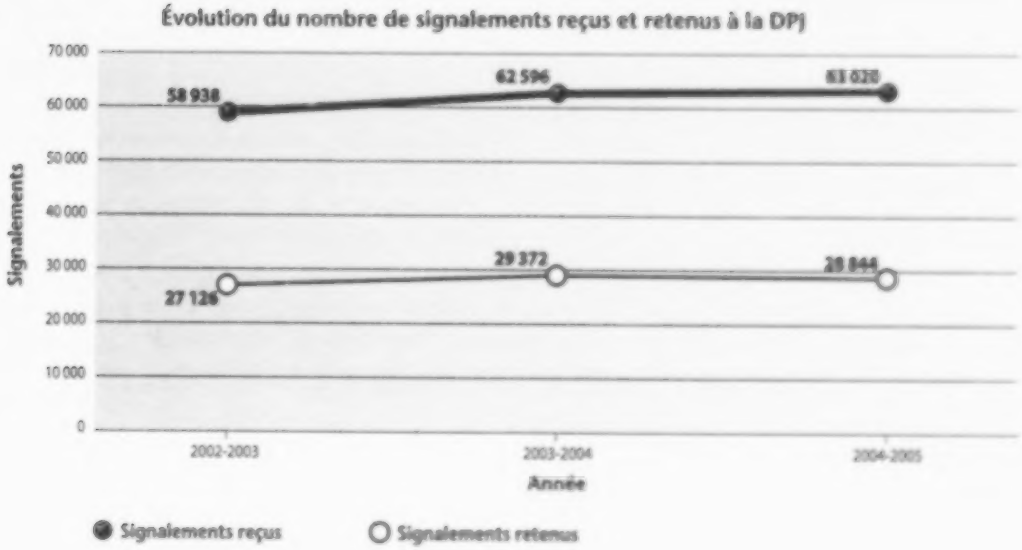
- **dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu;**
- **dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de signalements reçus	62 596	61 651	63 020
Nombre de signalements retenus	29 372	29 268	28 844
Liste d'attente réelle à l'étape de l'évaluation (au 31 mars)	708 jeunes en attente	302	293
Liste d'attente à l'étape de l'application des mesures (au 31 mars)	542 jeunes en attente	363	373
Délai moyen d'attente à l'étape de l'évaluation	25	12 jours calendrier	23
Délai moyen d'attente à l'étape de l'application des mesures	34	30 jours calendrier	36

Commentaires

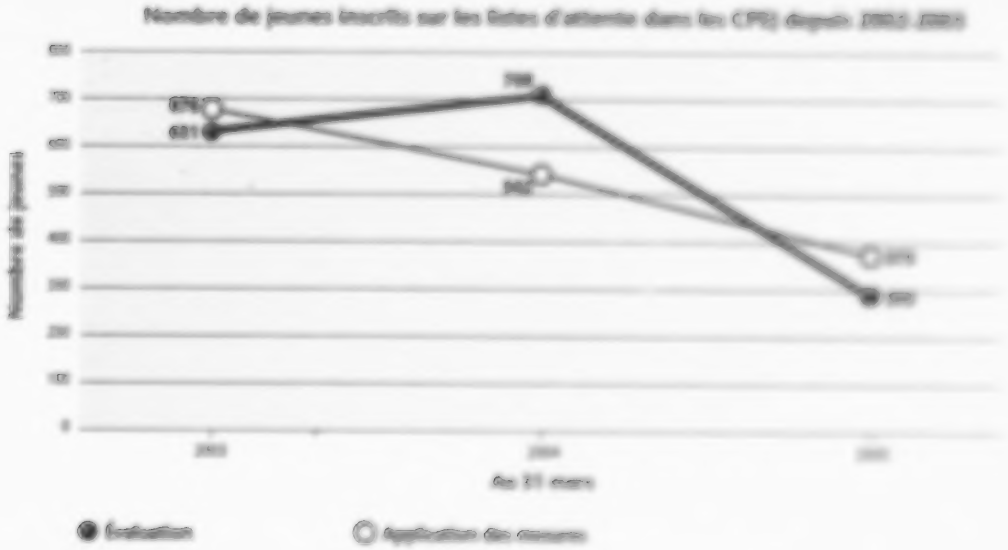
La Loi sur la protection de la jeunesse met à contribution l'ensemble de la population pour l'identification des enfants dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme étant compromis. De plus, cette loi précise que les employés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les enseignants, les policiers et les professionnels intervenant auprès des enfants sont tenus de signaler à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) la situation d'un enfant, s'ils ont un motif raisonnable de croire que sa sécurité ou son développement est ou peut être considéré comme compromis.

Le nombre de signalements reçus en 2004-2005 est légèrement supérieur à la prévision, 63 020 comparativement à 61 651. Ce résultat peut s'expliquer, notamment, par une détection plus efficace par les services de première ligne, des enfants dont la sécurité ou le développement peut être compromis, de même que par une plus grande sensibilité du public. Lorsque les données seront disponibles, l'origine des signalements sera analysée. Du nombre de signalements reçus, 28 844 ont été retenus, ce qui est moindre que la cible projetée de 29 268. Ce dernier résultat est même inférieur au résultat de 2003-2004.



La pression de service joue donc un rôle important dans l'analyse de la situation des listes et des délais d'attente. De fait, plus il y a de signalements retenus, plus la liste d'attente à l'étape de l'évaluation augmente. Il en est de même pour les délais d'attente, qui sont eux aussi grandement influencés par le nombre de signalements retenus.

Par ailleurs, les investissements supplémentaires alloués pour l'exercice 2003-2004, récurrents pour les années suivantes, ont permis de réduire significativement les listes d'attente dans les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. De fait, la cible, en ce qui concerne la liste d'attente réelle à l'étape de l'évaluation, était de 302 jeunes en attente au 31 mars 2005. Le résultat se situant à 293 jeunes, elle a donc été atteinte. Au terme de la présente année financière, une diminution de 59 % de la liste d'attente à l'étape de l'évaluation est observée par rapport à 2003-2004. La cible concernant la liste d'attente à l'étape de l'application des mesures n'a pas été atteinte. En effet, elle était fixée 363 jeunes en attente au 31 mars 2005, alors que la liste comprend 373 jeunes. Toutefois, ce résultat représente une diminution de 31 % de la liste d'attente à l'étape de l'application des mesures par rapport à l'année précédente.



En ce qui concerne les délais moyens d'attente à l'étape de l'évaluation, la cible était fixée à 12 jours calendrier. Le résultat pour l'exercice 2004-2005 est de 23 jours, ce qui représente néanmoins une diminution de 8 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, la cible relative au délai moyen d'attente à l'étape de l'application des mesures n'a pas été atteinte. En effet, elle était fixée à 30 jours calendrier, tandis que le résultat est de 38 jours, soit une augmentation de 6 % du délai moyen d'attente par rapport à l'exercice 2003-2004. D'ici 2010, des efforts supplémentaires devront donc être consentis dans ce domaine afin d'atteindre les cibles établies de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation et de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse. Il est cependant essentiel de préciser qu'un mécanisme de priorisation est en place et que la sécurité des enfants est assurée en tout temps.

La situation de l'engagement dans les centres de réadaptation s'est nettement améliorée entre 2003-2004 et 2004-2005. Le nombre de jeunes en surnombre, en date du 27 mars 2005, était de 137 alors qu'il était de 309 à pareille date en 2004. Il s'agit d'une diminution de 56 %. Pour l'exercice 2005-2006, l'engagement fera l'objet d'un suivi serré dans les unités régulières afin qu'il demeure inférieur à 0 %.

La santé mentale

OBJECTIF **Produire un plan d'action ministériel en santé mentale qui inclut un volet sur la prévention du suicide.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Plan d'action en santé mentale diffusé	Diffusion du plan d'action	Atteint partiellement

Commentaires

En janvier 2005, le Ministère rendait public, aux fins de consultation, une version préliminaire de son plan d'action en santé mentale 2005-2010. Plus de 500 personnes provenant de l'ensemble des regroupements, des associations, des établissements, intéressées à la santé mentale, se sont prononcées sur ce projet au cours des mois de janvier et de février 2005.

Les orientations contenues dans ce plan ont reçu une forte adhésion des milieux concernés, et les aménagements demandés par certains partenaires sont en voie d'être finalisés.

Il est d'ores et déjà possible d'affirmer que ce plan d'action marquera un tournant dans le domaine de la santé mentale au Québec, puisqu'il englobera l'ensemble de la problématique de la santé mentale, tel que réclamé de toutes parts. Certaines des actions proposées s'adressent à toute la population, tandis que d'autres mesures sont prévues pour améliorer les services destinés aux enfants, aux jeunes et aux adultes ayant un trouble mental. De plus, des priorités seront établies concernant les personnes présentant un risque suicidaire élevé.

Les orientations proposées sont en continuité avec les transformations déjà entreprises en santé mentale. En effet, le développement prioritaire de services de première ligne rapidement accessibles à toute la population est à la base de ce plan. Ce choix vise, entre autres, le désengorgement des services de deuxième et de troisième ligne, au bénéfice des personnes qui en ont réellement besoin. Ce plan ne se substituera pas à l'ensemble des politiques et des plans d'action ministériels qui s'adressent aux personnes les plus vulnérables de notre société, mais y prendra plutôt appui.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux prévoit lancer son plan d'action en santé mentale 2005-2010 au courant de l'été 2005.

OBJECTIF **Assurer, dans les territoires locaux, l'établissement d'ententes et de mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté.**

Indicateur	Cible	Résultat 2004-2005
Proportion de territoires locaux ayant mis en place des mécanismes de liaison	100 % des territoires locaux d'ici 2010	Près de 60 % des régions ont amorcé le processus et établi une partie des ententes requises

Commentaires

Dans la perspective plus large de l'implantation d'une approche globale pour contrer le suicide, telle qu'amorcée par la mise en œuvre depuis 1998 de la Stratégie québécoise d'action face au suicide *S'entraider pour la vie*, il faut assurer un arrimage fonctionnel entre les services de crise et les services de suivi et de traitement. L'objectif est d'organiser la mise en réseau des différents volets des services de crise (suicidaire et psychiatrique), soit la réponse téléphonique, l'intervention d'urgence et l'hébergement de crise, avec l'ensemble des partenaires qui dispensent les services qui seront requis ultérieurement pour la prise en charge, le suivi et le traitement des personnes suicidaires. Cette démarche d'implantation s'articule également avec l'implantation, depuis 2004, d'un service de suivi étroit pour les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide et les personnes à potentiel suicidaire élevé.

Afin d'appuyer le réseautage, des outils de transmission d'information et de nombreuses activités de formation ont été offerts aux diverses catégories de prestataires de services. En outre, quelques régions ont rehaussé le budget et les ressources professionnelles affectés à ces services.

Selon les résultats d'une enquête menée auprès de responsables régionaux des dossiers en prévention du suicide, plus de 60 % des régions ont mis sur pied un comité de travail afin de planifier et de mettre en place des mécanismes de liaison et des ententes de collaboration.

Bien que la démarche de mise en réseau globale reste à compléter, plusieurs ententes et mécanismes ont déjà été progressivement mis en place par les partenaires pour certains volets, tels l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, les liens entre les services de crise téléphonique, l'intervention mobile et l'hébergement, les liens entre les services de crise et les urgences. Pour certaines clientèles spécifiques, tels les jeunes ou les clientèles à risque élevé, des projets de concertation spéciaux ont été menés (centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, pédopsychiatrie, urgence, etc.) et ils pourraient éventuellement être appliqués dans d'autres milieux.

De façon générale, cette démarche est bien engagée et sera soutenue par l'implantation du volet santé mentale dans le cadre du projet clinique des CSSS. La majorité des territoires prévoient d'ailleurs finaliser ce processus dans le cadre de l'élaboration du projet clinique.

OBJECTIF **Rendre accessibles localement des services d'évaluation et de traitement de première ligne pour les personnes souffrant de troubles mentaux.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'adultes souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation et de traitement psychosociaux	34 296	Augmentation globale	36 890*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Les services de première ligne sont les principales voies d'accès au traitement et au soutien des personnes ayant des troubles mentaux. La plupart des adultes présentant un trouble mental modéré ne sont vus que par les services de première ligne destinés à l'ensemble de la population. Leur problème passe fréquemment inaperçu et ils ne sont donc pas pris en charge à temps et adéquatement pour leur problématique particulière.

Le traitement offert par les services de première ligne aux adultes ayant un trouble mental doit être mieux soutenu et structuré dans l'ensemble des régions afin de répondre aux besoins spécifiques de la population. En 2004-2005, le nombre d'adultes ayant reçu des services d'évaluation et de traitement est supérieur de 2 594 à ce qu'il était en 2003-2004, passant de 34 296 à 36 890. La cible a donc été atteinte.

Dans son plan d'action en santé mentale 2005-2010, le Ministère confirmera son intention de proposer un modèle d'organisation des services axé sur une première ligne de services rapidement accessible pour toute la population. Ainsi, des équipes distinctes de santé mentale de première ligne pour les adultes ainsi que pour les enfants et les jeunes seront implantées. Ces équipes offriront des services d'évaluation, de soutien et de traitement en complémentarité avec les autres ressources de première ligne existantes sur le territoire (omnipraticiens, pédiatres et organismes communautaires) et en lien avec les ressources spécialisées. Ce renforcement des services de première ligne en santé mentale devrait entraîner une réponse mieux adaptée aux besoins des individus ayant un trouble mental modéré.

OBJECTIF **Améliorer la disponibilité des services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux afin de réduire le recours aux services spécialisés aux seules personnes qui en ont besoin.**

Indicateurs	Résultats Mars 2004	Cibles 2004-2005	Résultats Mars 2005
Nombre de jeunes en attente d'une évaluation	3 824	3 442, soit une diminution de 10 %	3 197*
Nombre de jeunes en attente d'un traitement en pédopsychiatrie	944	850, soit une diminution de 10 %	739*
Total	4 768	4 292, soit une diminution de 10 %	3 936*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Le nombre élevé d'enfants et d'adolescents qui attendent une évaluation ou un traitement en pédopsychiatrie est un sujet très préoccupant dans la mesure où des problèmes non traités peuvent perdurer au-delà de l'adolescence. Pour les années 2003-2004 et 2004-2005, le Ministère s'est engagé à réduire de 10 % le nombre de jeunes qui attendent des services dans cette spécialité.

En mars 2005, 3 936 enfants et jeunes étaient inscrits sur une liste d'attente en pédopsychiatrie. Ce nombre représente une diminution de 17,5 % par rapport à la situation en mars 2004 et de 32,2 % par rapport à mars 2002. La cible de réduction de 10 % est ainsi largement dépassée.

Cette amélioration est due à plusieurs facteurs, qui diffèrent selon les régions : certaines régions ont ajouté des ressources dans les équipes de pédopsychiatrie, d'autres ont amélioré les mécanismes d'évaluation de la pertinence des demandes et précisé le cheminement de la clientèle en visant une utilisation judicieuse des différents paliers de services. En effet, une analyse plus rigoureuse des demandes a pour conséquence de diminuer le nombre de cas pour lesquels une intervention en pédopsychiatrie est réellement requise.

Le tableau suivant présente les données régionales. Dans la majorité des régions, le nombre d'inscrits sur la liste d'attente a diminué, quoique à divers degrés. Les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Estrie affichent les diminutions les plus importantes.

Nombre de jeunes inscrits sur les listes d'attente en pédopsychiatrie, par région

Région	Mars 2002	Mars 2004	Mars 2005
Bas-Saint-Laurent	139	105	69
Saguenay–Lac-Saint-Jean	198	232	82
Capitale nationale	550	414	401
Mauricie et Centre-du-Québec	456	258	254
Estrie	318	317	117
Montréal	1 192	1 151	1 074
Outaouais	256	187	113
Abitibi-Témiscamingue	134	100	128
Côte-Nord	78	117	87
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles de-la-Madeleine	78	117	87
Chaudière-Appalaches	194	182	132
Laval	Inclus dans Montréal	Inclus dans Montréal	3
Lanaudière	378	334	132
Laurentides	541	417	402
Montérégie	1 295	852	775
Nunavik	n.a.	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.	n.a.
Total	**5 807**	**4 768**	**3 936**

La mise en place des mesures prévues dans le plan d'action en santé mentale 2005-2010 devrait permettre d'améliorer encore les services offerts aux enfants et aux jeunes. En effet, le renforcement des services de première ligne en santé mentale permettra d'intervenir plus précocement auprès des jeunes aux prises avec des troubles mentaux, de prévenir ainsi les situations de crise et de faire en sorte que les services spécialisés de pédopsychiatrie ne soient utilisés que par ceux qui en ont besoin.

OBJECTIF **Améliorer l'accès, dans les équipes de santé mentale adulte des territoires locaux, aux services de soutien et d'intégration dans la communauté en augmentant à :**

- **50 % la proportion d'adultes desservis ayant besoin d'être pris en charge par le suivi intensif;**
- **30 % la proportion d'adultes desservis ayant besoin d'être pris en charge par le soutien d'intensité variable.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'adultes desservis par des services de suivi intensif	1 735 adultes desservis (proportion de prise en charge de 32 %)	Augmentation de la proportion de prise en charge à 50 % d'ici 2010	1 405 adultes desservis* (proportion de prise en charge de 26,5 %)
Nombre d'adultes desservis par des services de soutien d'intensité variable	3 495 adultes desservis (proportion de prise en charge de 18,6 %)	Augmentation de la proportion de prise en charge à 30 % d'ici 2010	2 981 adultes desservis* (proportion de prise en charge de 15,7 %)

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Communauty Treatment* qui s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave et dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin.

Le soutien d'intensité variable, offert selon le modèle *Case Management*, s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service.

De nombreuses recherches sur le sujet permettent d'établir qu'environ 70 personnes sur 100 000 requièrent des services de suivi intensif et qu'au moins 250 personnes sur 100 000 ont besoin de services de soutien d'intensité variable, quelle que soit la population visée.

En 2003-2004, le Ministère mettait en place un suivi de gestion du nombre d'usagers qui ont bénéficié d'un suivi intensif ou d'un soutien d'intensité variable. Ce système étant en fonction depuis deux ans, son application a été raffinée en 2004-2005 et les balises définissant ce type de service ont été appliquées plus strictement, ce qui a entraîné une baisse du nombre moyen de personnes déclarées.

Ainsi, le nombre moyen de personnes bénéficiant d'un suivi intensif s'élève à 1 405 au cours de l'année 2004-2005, ce qui correspond à 26,5 % des personnes qui auraient dû en bénéficier, alors que la cible est fixée à 50 % d'ici 2010.

Quant au soutien d'intensité variable dans la communauté, selon les données analysées, 2 981 personnes en ont bénéficié, ce qui représente 15,7 % des adultes qui auraient eu besoin de ce type de service. La cible est fixée à 30 % d'ici 2010.

Ces données ne tiennent pas compte des services de soutien d'intensité variable offerts par des organismes communautaires, bien qu'on estime que ceux-ci assurent en partie ces services dans huit régions du Québec.

Les services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable demeurent des mesures très structurantes qui favorisent la participation active à la société des personnes ayant des troubles mentaux graves et vivant dans la communauté. Ces services apparaîtront, à ce titre, comme des actions prioritaires du plan d'action en santé mentale 2005-2010.

À la lumière des résultats obtenus cette année, il a été décidé de maintenir les cibles à atteindre pour 2010 aux proportions de 50 % pour le suivi intensif et de 30 % pour le soutien d'intensité variable.

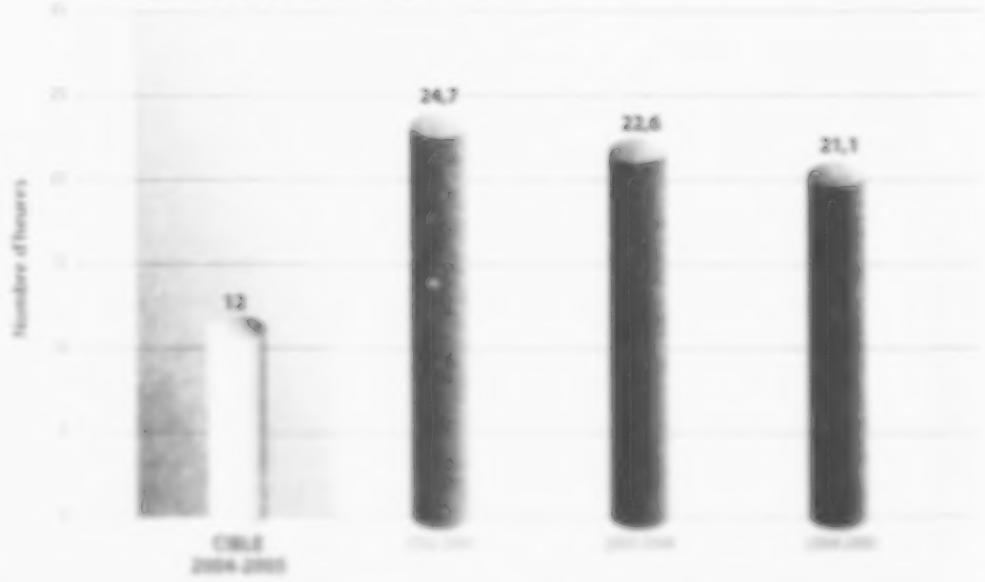
OBJECTIF 1.1 **Diminuer la durée moyenne du séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Durée moyenne du séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale	22,6 heures	12 heures	21,1 heures

Commentaires

La durée moyenne du séjour sur une civière à l'urgence ne devrait pas excéder 12 heures pour tous les patients admis dans un établissement, selon les normes fixées par le Centre de coordination nationale sur les urgences (CCNU). Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont demeurées en moyenne 21,1 heures dans la salle d'urgence en 2004-2005, comparativement à 24,7 heures en 2002-2003 et à 22,6 heures en 2003-2004.

Durée moyenne du séjour sur civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale



Ces données ne tiennent pas compte des services de soutien d'intensité variable offerts par des organismes communautaires, bien qu'on estime que ceux-ci assurent en partie ces services dans huit régions du Québec.

Les services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable demeurent des mesures très structurantes qui favorisent la participation active à la société des personnes ayant des troubles mentaux graves et vivant dans la communauté. Ces services apparaîtront, à ce titre, comme des actions prioritaires du plan d'action en santé mentale 2005-2010.

À la lumière des résultats obtenus cette année, il a été décidé de maintenir les cibles à atteindre pour 2010 aux proportions de 50 % pour le suivi intensif et de 30 % pour le soutien d'intensité variable.

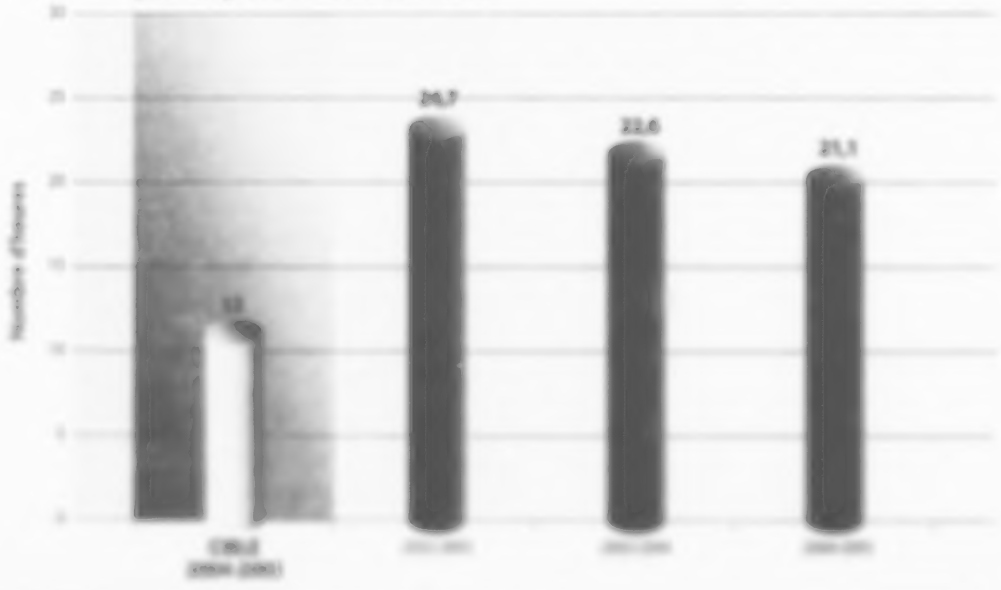
OBJECTIF **Diminuer la durée moyenne du séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale.**

Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Durée moyenne du séjour sur une civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale	22,6 heures	12 heures	21,1 heures

Commentaires

La durée moyenne du séjour sur une civière à l'urgence ne devrait pas excéder 12 heures pour tous les patients admis dans un établissement, selon les normes fixées par le Centre de coordination nationale sur les urgences (CCNU). Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont demeurées en moyenne 21,1 heures dans la salle d'urgence en 2004-2005, comparativement à 24,7 heures en 2002-2003 et à 22,6 heures en 2003-2004.

Durée moyenne du séjour sur civière dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale



Cette diminution est étroitement liée aux mesures mises en place, telles que :

- les interventions du Comité national de coordination des urgences;
- les plans d'action préparés pour les urgences ciblées, qui prévoient des améliorations aux services dans la communauté qui sont, eux, nécessaires avant et après l'urgence;
- les interventions de la Direction de la santé mentale auprès des urgences de centres hospitaliers, notamment des centres hospitaliers psychiatriques.

On constate donc une diminution constante de la durée du séjour sur une civière au niveau national, comme le montre le tableau suivant :

Durée moyenne du séjour sur civière, en heures, par région

Région	2002-2003	2003-2004	2004-2005
Bas-Saint-Laurent	10	9,9	9,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	8,1	8,4	8,7
Capitale nationale	21	19,9	20,7
Mauricie et Centre-du-Québec	16,1	18	16,8
Estrie	19,3	20,1	19,3
Montréal	35,9	30,5	28,1
Outaouais	30,2	26,8	28,7
Abitibi-Témiscamingue	14,7	13,4	12,8
Côte-Nord	17,3	13,4	14,0
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	10,1	10,5	9,7
Chaudière-Appalaches	11,9	11,8	11,2
Laval	17,5	16,7	15,2
Lanaudière	24,4	24,6	21,0
Laurentides	18,2	22,1	20,2
Montérégie	24,9	22,6	18,8
Nunavik	n.a.	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.	n.a.

La situation s'améliore dans 10 régions sur 15, soit dans les régions du Bas-Saint-Laurent, de l'Estrie, de Montréal, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de la Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie. Des diminutions importantes sont observées dans les régions de la Montérégie (3,8 heures) et de Lanaudière (3,6 heures).

Comme c'était le cas l'année dernière, les résultats enregistrés dans un petit nombre d'établissements font chuter de manière importante la durée moyenne du séjour au niveau national. Le suivi rigoureux effectué par le CCNU devra donc se poursuivre auprès des établissements où la situation est problématique. Un accompagnement est engagé depuis quelques mois par la Direction de la santé mentale afin de soutenir les établissements dont la durée moyenne du séjour des personnes ayant un problème de santé mentale dépasse largement la durée ciblée.

Les incapacités liées aux déficiences

OBJECTIF **Maintenir ou rehausser l'offre globale des services de soutien à domicile pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ainsi que pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED) :**

- **en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile ;**
- **offrir une réponse plus complète aux besoins des personnes en augmentant l'intensité des services.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes présentant une déficience physique desservies à domicile	48 865	45 676*
Nombre moyen d'interventions par personne	20,7	22,1*
Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle, incluant les personnes présentant un TED, desservies à domicile	8 450	8 918*
Nombre moyen d'interventions par personne	11,9	11,3*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences, ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

L'objectif vise découle des orientations ministérielles en matière de déficience physique, de déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement. Il s'intègre à la mise en œuvre de la politique ministérielle sur le soutien à domicile, intitulée *Chez soi : le premier choix*. Les services de soutien à domicile sont nécessaires pour les personnes présentant une déficience, puisque non seulement ils permettent d'éviter l'hébergement, mais ils facilitent leur intégration et leur participation sociales.

Le nombre de personnes présentant une déficience physique desservies par les CSSS (mission CLSC) en soutien à domicile est moindre que le résultat attendu. En effet, la cible visée était 48 865 personnes, alors que 45 676 personnes ont bénéficié de ces services en 2004-2005. Cette baisse s'explique par la validation des données effectuée dans l'ensemble des régions et par un exercice d'harmonisation de la définition de la clientèle. En ce qui concerne le nombre moyen d'interventions par personne, une amélioration significative est constatée, soit une augmentation de 1,4 interventions par personne de plus que la cible visée, compte tenu du nombre réel de personnes desservies. La cible était fixée à 20,7 interventions, alors que le résultat obtenu est 22,1 interventions. En somme, le nombre total d'interventions au niveau national a été maintenu par rapport à l'année précédente.

La cible relative aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement desservies par les CSSS (mission CLSC) en soutien à domicile était établie à 8 450 personnes. Le résultat, soit 8 918 personnes, représente un dépassement de la cible de 5,5 %. Par rapport aux 8 208 personnes

desservies en 2003-2004, une augmentation de 8,6 % est constatée. En ce qui concerne l'intensité des services, la cible n'a pas été atteinte : le résultat de 11,3 interventions par personne est inférieur à la cible fixée à 11,9 interventions. Cette situation peut s'expliquer par le nombre additionnel de personnes desservies.

Enfin, il est important de préciser que les personnes présentant une déficience peuvent recevoir des services à domicile selon d'autres modalités qui ne sont pas prises en compte par ces indicateurs.

OBJECTIF **Maintenir ou rehausser les mesures de soutien aux familles de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou présentant un trouble envahissant du développement.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de familles desservies dont un membre présente une déficience physique	5 681	5 569*
Montant moyen versé par famille pour le répit, le gardiennage et le dépannage	1 288 $	1 228 $*
Nombre de familles desservies dont un membre présente une déficience intellectuelle	7 057	7 296*
Montant moyen versé par famille pour le répit, le gardiennage et le dépannage	1 188 $	1 192 $*
Nombre de familles desservies dont un membre présente un trouble envahissant du développement	2 282	2 996*
Montant moyen versé par famille pour le répit, le gardiennage et le dépannage	1 397 $	1 315 $*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences, ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Cet objectif découle également des orientations ministérielles en matière de déficience physique, de déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement. Il s'inscrit à la mise en œuvre de la politique ministérielle sur le soutien à domicile, intitulée *Chez soi : le premier choix*. Il touche plus spécifiquement les services aux proches-aidants afin de les soutenir et d'éviter leur épuisement. Plusieurs services sont offerts aux proches-aidants, notamment le répit, le gardiennage et le dépannage.

Déficience physique

La cible relative au nombre de familles desservies dont un membre présente une déficience physique a été quasiment atteinte : elle était fixée à 5 681 familles, alors que 5 569 familles ont reçu un soutien. Toutefois, des agences ont signalé qu'un certain nombre de familles ont été comptabilisées en déficience physique alors qu'elles auraient dû être classées en déficience intellectuelle à la suite d'un exercice d'harmonisation de la définition de la clientèle. Une meilleure compilation des données initiales aurait, sans aucun doute, permis d'atteindre la cible.

En ce qui concerne le montant moyen versé par famille par année pour le répit, le gardiennage et le dépannage, la cible n'a pas été atteinte. Celle-ci était fixée à 1 288 $ par famille alors que le résultat obtenu est 1 228 $, soit 60 $ par famille de moins que prévu. Toutefois, ce montant est de l'ordre de celui versé en 2003-2004.

Déficience intellectuelle

La cible concernant le nombre de familles desservies dont un membre présente une déficience intellectuelle a été dépassée. La cible était de 7 057 familles, alors que 7 296 familles ont reçu un soutien. Ce résultat représente une augmentation de 3 % par rapport à la cible, soit 239 familles de plus. En comparaison avec la clientèle desservie en 2003-2004, il s'agit d'une augmentation de 6,2 %, soit 423 familles de plus. Cette hausse s'explique également par une nouvelle répartition de certaines familles ayant été antérieurement incluses dans la déficience physique. Quant au montant moyen versé par famille par année pour le répit, le gardiennage et le dépannage, la cible a été légèrement dépassée. Celle-ci était établie à 1 160 $ par famille, et le résultat obtenu est 1 192 $.

Troubles envahissants du développement (TED)

Le nombre de familles desservies dont un membre présente un trouble envahissant du développement a largement dépassé la cible. Celle-ci était de 2 282 familles, alors que 2 906 familles ont reçu un soutien. Ce résultat représente un dépassement de la cible de l'ordre de 30 %. Par rapport à la clientèle desservie en 2003-2004, cela correspond à une augmentation de 44 % du nombre de familles, soit 909 familles de plus. Cette hausse très importante s'explique notamment par les interventions reliées à la précision et à l'établissement du diagnostic à l'endroit des jeunes enfants présentant un TED. En ce qui concerne le montant moyen versé par famille par année pour le répit, le gardiennage et le dépannage, la cible n'a pas été atteinte. Celle-ci était fixée à 1 367 $ par famille, et le résultat obtenu est 1 315 $, soit 82 $ par famille de moins que prévu. Toutefois, ce montant est de l'ordre de celui versé en 2003-2004. Ce maintien du montant par famille s'explique par l'importance du nombre additionnel de familles desservies en 2004-2005.

Enfin, il est important de préciser que les familles de personnes présentant une déficience peuvent bénéficier d'un soutien par d'autres mesures, par exemple l'appui aux tâches quotidiennes, qui ne sont pas prises en compte par ces indicateurs de résultats.

OBJECTIF **Maintenir ou améliorer l'accès à des services spécialisés de readaptation dans toutes les régions en :**

- **déficience motrice ;**
- **déficience visuelle ;**
- **déficience auditive ;**
- **déficience de la parole et du langage.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies en déficience motrice	32 762	33 522	34 019*
Nombre de personnes desservies en déficience visuelle	13 734	13 958	13 695*
Nombre de personnes desservies en déficience auditive	8 682	8 704	10 442*
Nombre d'enfants desservis en déficience de la parole et du langage	6 831	6 233	6 568*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les régions, mais ils sont la propriété d'un nom générique officiel auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Dans le bilan du document intitulé *Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique – Bilan de 2004-2005*, le Ministère s'est donné pour objectif de consolider les services spécialisés de readaptation pour les différentes déficiences. En effet, l'ensemble des services spécialisés de readaptation n'est pas toujours disponible dans toutes les régions, et là où les services sont les plus complets, le niveau de services requis n'est pas toujours adéquat.

Globalement, pour l'ensemble des déficiences visitées, les cibles ont été dépassées. Ainsi, il était prévu que 82 457 personnes requièrent des services en 2004-2005, alors que 84 725 usagers au total en ont bénéficié, soit une augmentation de 3,7 %. En comparaison avec le nombre de personnes desservies en 2003-2004, soit 83 219, cela constitue une hausse de près de 4 %.

Voici les résultats pour les différents types de déficience :

- En déficience motrice, la cible fixée était 33 522 personnes et le résultat atteint est 34 019, soit 497 personnes de plus. Par rapport à l'année 2003-2004, durant laquelle 32 762 personnes ont été desservies, cela représente une augmentation de près de 4 %.
- En déficience visuelle, la cible fixée n'a pas été atteinte : 13 695 personnes ont reçu des services, alors que la cible était 13 958. Ce résultat est comparable au nombre de personnes desservies en 2003-2004.
- En déficience auditive, la cible fixée était 8 704 personnes, et le résultat atteint est 10 442, soit 1 738 personnes de plus. En 2003-2004, 8 682 personnes ont été desservies, ce qui représente une augmentation de près de 20 % par rapport à 2004-2005.
- En déficience de la parole et du langage, la cible fixée était 6 233 enfants, et le résultat atteint est 6 568, soit 335 enfants de plus. Par rapport à l'année 2003-2004, durant laquelle 6 831 enfants ont été desservis, cela représente une augmentation de près de 4 %.

Il est important de préciser que, dans les régions qui n'ont pas atteint leurs cibles, le principal problème rencontré est la difficulté de recruter du personnel professionnel, quel que soit le type de déficience. Ce fut particulièrement le cas en déficience visuelle où la difficulté de recruter ou de retenir des optométristes ou du personnel spécialisé n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés. Au cours des prochaines années, des efforts particuliers en lien avec la mise en œuvre du plan d'action de la Direction de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la déficience physique devront être déployés.

OBJECTIF **Rendre accessibles des services généraux et spécialisés d'intervention et de soutien à l'intégration sociale aux personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED) :**

- **développer et consolider le service d'intervention comportementale intensive pour les enfants âgés de moins de 6 ans selon une intensité minimale de 20 heures par semaine;**
- **développer et consolider les services d'adaptation et de soutien pour les enfants d'âge scolaire;**
- **développer et consolider les services spécialisés pour les adultes.**

Indicateurs	Résultats 2003-2004	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'enfants desservis	400	484	586*
Nombre moyen d'heures d'intervention par enfant	20 heures	Offre de 20 heures	Offre de 20 heures*
Nombre de nouveaux enfants âgés de 6 à 21 ans desservis	1 332	1 423	1 854*
Nombre de nouveaux adultes desservis	699	738	765*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

L'exercice 2004-2005 était la deuxième année d'implantation du plan d'action en matière de troubles envahissants du développement, intitulé *Un geste porteur d'avenir*. Un montant additionnel de 10 millions de dollars a été alloué par le Ministère pour consolider et développer les services d'intervention comportementale intensive, comprenant un minimum de 20 heures d'intervention par semaine auprès d'enfant âgés de moins de 6 ans présentant un TED. Une partie de ce montant a servi à développer les services de soutien à l'intégration sociale pour les enfants d'âge scolaire et pour les adultes, ainsi que les services de soutien aux familles.

De plus, une somme ponctuelle de 3 millions de dollars a été accordée pour favoriser l'accès dans de meilleurs délais à deux éléments importants de l'offre de service, soit l'évaluation diagnostique et les services d'intervention comportementale intensive (ICI). Cet ajout visait essentiellement à diminuer le nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans en attente d'un diagnostic et le nombre d'enfants âgés de 4 et 5 ans en attente d'un premier service d'ICI.

En ce qui concerne le nombre d'enfants ayant reçu des services d'ICI, il a augmenté dans l'ensemble des régions et la cible a été dépassée. En effet, la cible visée était 484 enfants, alors que le résultat obtenu est 586, soit 102 enfants de plus. Bien que l'offre de service à 20 heures par semaine soit assurée dans la majorité des régions, certaines contraintes viennent modifier la prestation des services. Elles se rapportent à l'intensité des heures, qui doit s'adapter à l'âge de l'enfant, à sa disponibilité et à sa tolérance à l'intervention, aux difficultés d'organisation et de disponibilité soulevées par certains parents, aux congés et absences du personnel.

Relativement au nombre de nouveaux enfants âgés de 6 à 21 ans ayant un TED, l'objectif fixé a été atteint ou dépassé dans la presque totalité des régions. En effet, la cible visée était 1 423 enfants, alors que le résultat atteint est 1 854 enfants. Pour ce qui est du résultat pour les adultes âgés de 21 ans et plus ayant un TED, la cible était 738 personnes, alors que le résultat atteint est 765 adultes.

Les dépendances

OBJECTIF **Maintenir ou rehausser, dans les territoires locaux, l'accès à un programme d'intervention brève en consommation abusive d'alcool de type *Alcochoix*.**

Indicateur	Cible	Résultat 2004-2005
Nombre de territoires locaux offrant un programme d'intervention brève	Implantation progressive du programme d'ici 2010	30 territoires locaux, sur un total de 95

Commentaires

En lien avec les orientations *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie* du Ministère, qui présentent un axe d'intervention visant à développer la capacité des individus à faire des choix éclairés en matière de substances psychotropes et à gérer les risques, s'est amorcée l'implantation d'un programme d'intervention brève pour les consommateurs d'alcool à risque dans tous les territoires locaux du Québec.

Le programme d'intervention brève en consommation abusive d'alcool de type *Alcochoix* s'adresse aux personnes qui s'inquiètent des conséquences associées à leur consommation d'alcool et qui désirent modifier leurs habitudes. En ce qui concerne le programme *Alcochoix plus*, il utilise une approche motivationnelle et permet la référence à des services spécialisés, notamment lorsque la personne présente d'autres problèmes de toxicomanie.

La cible visée est l'implantation progressive d'ici 2010, dans l'ensemble des territoires locaux, d'un programme d'intervention brève. À ce jour, neuf des seize régions administratives du Québec offrent l'accès à un programme d'intervention brève de type *Alcochoix*. Le programme est présent dans 30 territoires locaux, couvrant de 25 % à 100 % des territoires des régions concernées. Les sept

régions qui n'ont pas encore implanté ce type de programme sont en attente de la nouvelle version du programme *Alcochoix plus* qui sera disponible à l'automne 2005. De plus, une formation destinée aux intervenants des territoires locaux sur le programme *Alcochoix plus* sera disponible durant cette même période, ce qui facilitera son implantation progressive d'ici 2010.

OBJECTIF **Mettre en place, pour la clientèle jeunesse, un mécanisme d'accès concerté et coordonné à des services spécialisés dans l'ensemble des régions du Québec.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre de jeunes évalués et référés par le mécanisme d'accès	2 560	2 748*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

Le problème de toxicomanie et de dépendance présent au sein de la société québécoise est préoccupant. En effet, selon l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2002)* menée par l'Institut de la statistique du Québec, 5 % des élèves du secondaire, soit 22 900 jeunes, peuvent être qualifiés de consommateurs problématiques (alcool, drogues) nécessitant de l'aide d'un intervenant spécialisé en toxicomanie.

Dans le but de rejoindre un plus grand nombre de jeunes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie et de prévenir une plus grande détérioration de leur situation, le Ministère a signifié l'importance que chaque région du Québec mette en place un mécanisme d'accès concerté et coordonné pour les usagers âgés de moins de 18 ans qui nécessitent une évaluation et une référence possible vers des services spécialisés en toxicomanie. Un tel mécanisme d'accès vise à bien orienter, vers les services spécialisés, la clientèle détectée en première ligne, et ce, tout en assurant une meilleure continuité des services.

À cet égard, en 2004-2005, 13 régions sur 16 ont mis en place un mécanisme favorisant la détection, l'appariement et la référence des jeunes vers des services spécialisés. Bien que trois régions n'aient pu développer ce mécanisme et augmenter le nombre de jeunes référés, la cible nationale a été dépassée. Ainsi, 2 748 jeunes ont été évalués et référés, alors que la cible était fixée à 2 560, soit un dépassement de 7,3 %. En comparaison, 2 178 jeunes ont été desservis en 2003-2004, ce qui représente une augmentation de plus de 26 % de la clientèle visée. En 2005-2006, l'ensemble des régions devrait avoir développé une trajectoire de services permettant l'appariement et la référence de la clientèle jeunesse.

OBJECTIF **Accroître le nombre de joueurs pathologiques traités et le nombre de proches ayant reçu des services de soutien.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de joueurs pathologiques traités	5 246	5 281*
Nombre de proches desservis	993	1 228*

* Les résultats 2004-2005 sont tirés des bilans annuels fournis par les agences; ceux-ci sont le produit d'un suivi périodique effectué auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations effectuées ultérieurement à partir des données issues des systèmes d'information.

Commentaires

En réponse à l'émergence, depuis une dizaine d'années, de la problématique du jeu pathologique au Québec, le Ministère s'est vu confier, par le gouvernement du Québec, le mandat de mettre en place un programme d'aide aux joueurs pathologiques. Depuis son implantation en 2000, ce programme vise à prévenir, à réduire et à traiter les problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent. À cet effet, des services de traitement sont disponibles dans l'ensemble du Québec.

Les résultats, tant pour les joueurs traités que pour les proches desservis, dépassent la cible fixée pour l'exercice 2004-2005. Ainsi, 5 281 joueurs ont été traités, alors que la cible visée était 5 246. Par rapport à l'année 2003-2004, durant laquelle 4 793 joueurs ont été traités, cela représente une augmentation de 10 % de la clientèle traitée. En ce qui concerne les proches desservis, la cible a été dépassée de 20 %, c'est-à-dire que 1 228 proches ont été desservis comparativement aux 993 ciblés. Par rapport à l'année 2003-2004, alors que 841 proches avaient reçu des services, cela constitue une augmentation de 46 % de la clientèle.

En plus de poursuivre l'offre de service de traitement au Québec, les perspectives pour 2005-2006 sont de faire connaître davantage les services offerts en jeu pathologique auprès de la population québécoise. Le déploiement du programme en jeu pathologique est encore récent; l'intensification de la promotion des services, particulièrement auprès des joueurs et de leurs proches, demeure donc prioritaire pour l'ensemble des régions du Québec.

ENJEU 3

Améliorer la qualité des services et optimiser l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services.

La prestation sécuritaire des services

OBJECTIF **Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion des centres hospitaliers qui appliquent la norme de 1 ETC professionnel en prévention des infections nosocomiales pour 133 lits de courte durée	100 %	100 %

Commentaires

Devant l'augmentation de l'incidence des infections à la bactérie *Clostridium difficile* dans plusieurs régions du Québec, le Ministère a procédé, à la mi-octobre 2004, à un examen de la situation dans les centres hospitaliers. Cet exercice a permis de définir certaines mesures à mettre en place pour soutenir la lutte contre les infections nosocomiales, et l'une d'entre elles est la titularisation des postes en prévention et contrôle des infections dans les centres hospitaliers.

En vue d'obtenir le portrait de la situation de chacune des régions du Québec, le Ministère a effectué une démarche de vérification quant au nombre de professionnels en prévention des infections. À la suite de cette démarche, des plans d'action ont été élaborés et leur mise en œuvre a conduit au recrutement de 42 infirmières équivalent temps complet (ETC) dédiées à la lutte contre les infections nosocomiales, portant ainsi le nombre de professionnels à 151 ETC dans les établissements du Québec. Avec ces embauches et selon les informations obtenues par les agences, la norme de 1 ETC professionnel en prévention des infections nosocomiales pour 133 lits de courte durée est maintenant respectée dans les centres hospitaliers.

Aussi, une attention particulière sera accordée aux installations ayant des lits de longue durée afin que la norme de 1 ETC professionnel en prévention des infections nosocomiales pour 250 lits de longue durée soit progressivement implantée.

Le Ministère entend poursuivre ses efforts pour lutter contre les infections nosocomiales. La stérilisation des équipements médicaux sera au centre des préoccupations. Un comité d'experts a déjà été formé pour définir des normes et des pratiques en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation de dispositifs médicaux. Dès le début de l'année 2006, commencera la mise en place de mesures jugées prioritaires par le Ministère.

Le système du sang

OBJECTIF **Maintenir et renforcer les activités régionales au regard des enquêtes sur les incidents/accidents transfusionnels.**

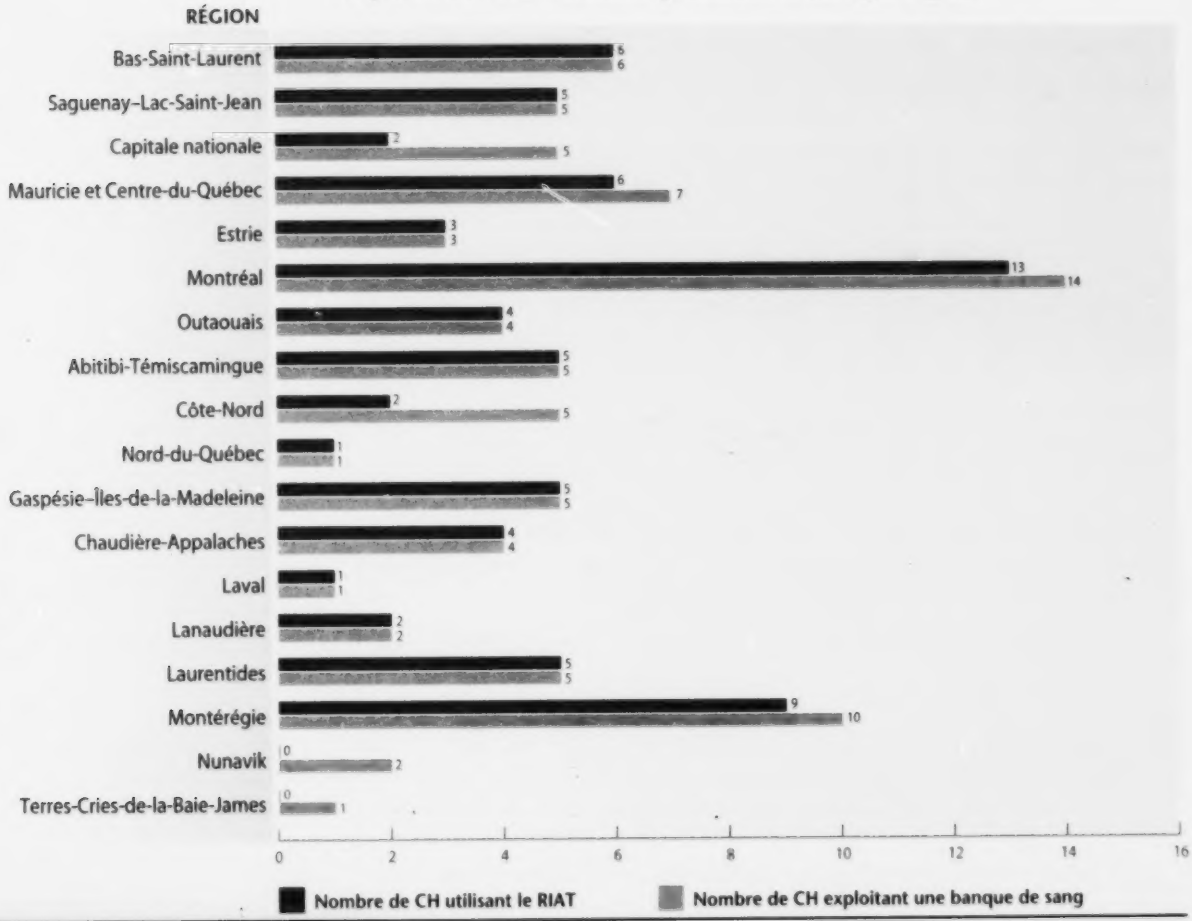
Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion des établissements visés qui utilisent le rapport d'incident/accident transfusionnel	100 %	86 %

Commentaires

En 2004-2005, 73 des 85 établissements, soit 86 %, exploitant une banque de sang ont déclaré des incidents/accidents transfusionnels par l'intermédiaire du rapport d'incident/accident transfusionnel (RIAT) (formulaire AH-520). Le graphique ci-dessous présente le nombre d'établissements qui ont produit des RIAT par rapport aux établissements exploitant une banque de sang.

Il faut noter cependant que certains établissements effectuent très peu d'activités transfusionnelles, et pourraient ne pas avoir produit de RIAT parce qu'aucune réaction transfusionnelle n'est survenue dans l'établissement. Le résultat 2004-2005 réel pourrait donc s'approcher de 90 %.

Proportion des établissements qui utilisent le RIAT, par région



Les ressources humaines

OBJECTIF **Augmenter les admissions en médecine du contingent régulier de 50 places.**

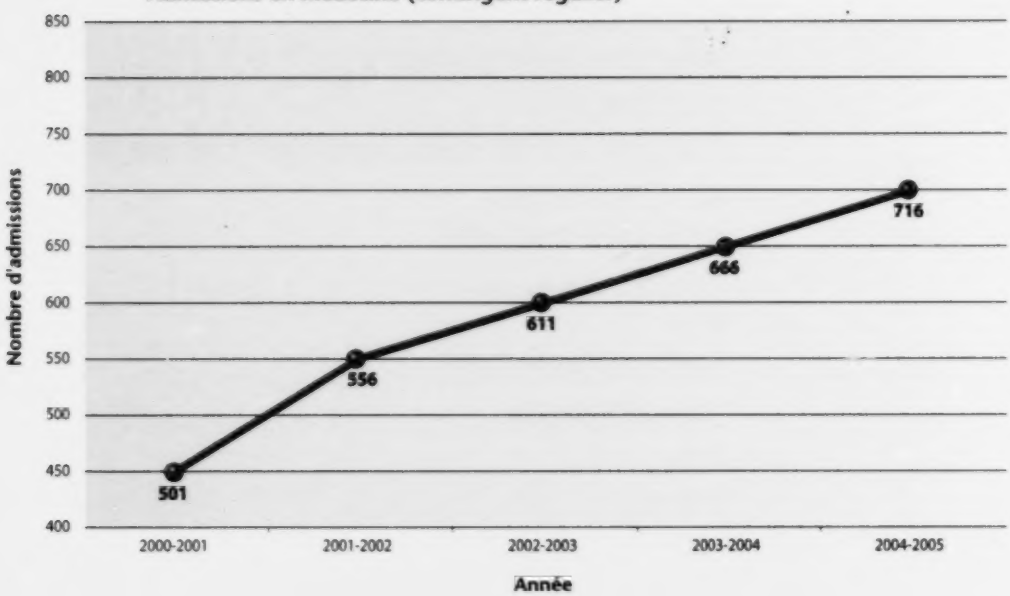
Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre supplémentaire d'étudiants admis en médecine	50 places	50 places

Commentaires

Chaque année, le gouvernement adopte la *Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine* qui détermine le nombre de candidats que les facultés de médecine peuvent admettre en première année, et ce, sur la base des orientations proposées dans un mémoire préparé conjointement par le Ministère et par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

La politique triennale pour les années 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007 proposait de donner suite à la décision du Conseil des ministres de l'an dernier, soit d'augmenter de 50 places le contingent régulier, en ajoutant 31 places dans le contingent régulier et en y transférant 19 places des contingents particuliers, et ce, afin de ne pas trop alourdir les capacités d'accueil des facultés de médecine. La cible fixée pour 2004-2005 a donc été atteinte. Cette augmentation de 50 admissions fait ainsi passer le contingent régulier à 716 places comparativement à 666 places en 2003-2004.

Admissions en médecine (contingent régulier)



De plus, le projet de politique 2005-2006 propose d'ajouter 32 admissions dans le contingent régulier en 2005-2006, puis 24 autres en 2006-2007, afin de permettre le développement de deux campus satellites de formation médicale situés à Trois-Rivières et à Saguenay.

OBJECTIF **Élaborer des plans régionaux d'effectifs médicaux, pour les années 2004, 2005 et 2006, pour les omnipraticiens et pour les spécialistes et voir à leur application.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Répartition des nouveaux médecins en médecine familiale	57 % des nouveaux omnipraticiens établis en régions éloignées[2] et intermédiaires[2]	40 % des nouveaux omnipraticiens se sont établis en régions éloignées et intermédiaires
	43 % des nouveaux omnipraticiens établis en régions périphériques[3] et universitaires[3]	60 % des nouveaux omnipraticiens se sont établis en régions périphériques et universitaires
Niveau d'atteinte des PREM en médecine spécialisée	70 % pour toutes les catégories de régions	78 % dans les régions éloignées 88 % dans les régions intermédiaires 96 % dans les régions périphériques 100 % dans les régions universitaires
Niveau de répartition des nouveaux médecins spécialistes (spécialités de base[1]) dans les régions éloignées et intermédiaires	50 % dans les régions éloignées et intermédiaires	31 % dans les régions éloignées et intermédiaires

1. Les spécialités de base sont : anesthésiologie, anatomo-pathologie, chirurgie générale, médecine interne, obstétrique-gynécologie, psychiatrie et radiologie diagnostique.
2. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine; les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et Centre-du-Québec et l'Outaouais.
3. Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie; les régions universitaires sont la Capitale nationale, l'Estrie et Montréal.

Commentaires

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accessibilité des soins de santé; le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) vise à assurer un accès plus équitable aux services médicaux. La notion d'équité comprend deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services;
- privilégier l'établissement des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux 2005 (spécialisés et en médecine générale) sont appliqués depuis le 1er décembre 2004. Le conseil d'administration de chacune des agences a approuvé leur PREM 2005, et ce, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée.

Les médecins omnipraticiens

Les résultats présentés ci-dessus montrent que les objectifs n'ont pas été atteints; en conséquence, ces derniers devront être maintenus pour les prochaines années. Par ailleurs, la gestion des PREM devra continuer à se faire de manière rigoureuse. À court terme, il faut viser à inverser les proportions de répartition des nouveaux médecins de famille entre les régions éloignées et intermédiaires et les régions périphériques et universitaires.

En comparaison avec les années antérieures, il faut noter que, en médecine familiale, il y a eu une augmentation du recrutement dans la région du Bas-Saint-Laurent ainsi que dans les régions intermédiaires et plus spécifiquement dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cependant, le recrutement demeure difficile dans certains sous-territoires des autres régions.

Les résultats de cette année démontrent que plusieurs difficultés subsistent dans la démarche visant à assurer une répartition équitable des médecins sur l'ensemble du territoire québécois. Le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux devront continuer à mettre en place des mesures incitatives et innovatrices pour atteindre les cibles dans ce domaine.

La formation médicale décentralisée est reconnue comme l'un des meilleurs incitatifs pour l'établissement des médecins en région. Selon les objectifs gouvernementaux, 30 à 35 % de la formation en médecine générale doit être effectuée en dehors des centres universitaires. À cet effet, et à la demande du Ministère, les quatre facultés de médecine du Québec ont préparé et déposé, en janvier 2005, leur plan quinquennal de déploiement des stages en région (2005 à 2010). L'expansion de la formation médicale décentralisée se réalisera par des stages dans les unités de médecine familiale et dans les établissements agréés par le Collège des médecins du Québec (CMQ). À titre d'exemple, en 2003-2004, 1 299 mois-stages ont été financés, alors qu'en 2004-2005 le Ministère a financé 2 088 mois-stages. Le financement adéquat de ces stages est essentiel à leur réalisation. Un document portant sur le financement des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine, tenant compte du développement attendu des stages en région, a été préparé et sera soumis sous peu aux instances gouvernementales concernées.

L'octroi de bourses à des étudiants et des résidents en médecine lié à un engagement de pratique en région désignée est une autre mesure efficace. Le nombre de bourses RAMQ octroyées durant 2004-2005 a augmenté par rapport aux années précédentes. Il y a eu 39 bourses d'octroyées en 2001-2002, 48 en 2002-2003 et 67 en 2004-2005. Par ailleurs, le nombre de bourses de formation spécialisée offertes aux résidents en médecine familiale varie beaucoup selon les années. En effet, 32 bourses de formation spécialisée ont été octroyées en 2001-2002, 38 en 2002-2003, 12 en 2003-2004 et 24 en 2004-2005.

Les médecins spécialistes

L'objectif du niveau d'atteinte des PREM en médecine spécialisée, fixé à 70 %, a été dépassé. Le Ministère haussera à 80 % cette cible dans son plan stratégique 2005-2010. De même, en médecine spécialisée, il faut noter que la gestion rigoureuse des PREM, particulièrement dans les régions universitaires, a entraîné une amélioration au niveau de l'établissement de médecins spécialistes, dans les spécialités de base, dans les régions autres que celles universitaires.

Cependant, la cible concernant la répartition des nouveaux médecins spécialistes, en spécialités de base, dans les régions éloignées et intermédiaires, fixée à 50 %, n'a pas été atteinte. Plusieurs efforts se poursuivent afin d'atteindre cette cible dans un délai assez court.

La formation médicale décentralisée est aussi l'un des meilleurs incitatifs pour l'établissement des médecins spécialistes en région. Ainsi, le gouvernement a établi entre 10% et 15 % la proportion de la formation en médecine spécialisée qui doit être effectuée en dehors des centres universitaires.

Les autres mesures incitatives

Le recrutement de médecins étrangers est une autre mesure pour favoriser l'établissement des médecins en région et contrer la pénurie actuelle de médecins dans certaines régions du Québec. Ainsi, en novembre 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la mise en place d'une équipe appelée Recrutement Santé Québec (RSQ). Cette dernière devenait la porte d'entrée pour la très grande majorité des médecins détenteurs d'un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis et qui souhaitent obtenir un permis restrictif pour exercer la médecine dans un établissement d'une région éloignée ou intermédiaire.

Depuis sa création, l'équipe RSQ a reçu 505 inscriptions et réalisé 116 parrainages avec divers établissements du Québec. De plus, parmi les 21 candidats qui ont entrepris le stage d'évaluation exigé par le CMQ ou qui sont en attente d'un tel stage, certains pourraient commencer leur pratique de la médecine d'ici la fin de l'année 2005. Par ailleurs, 181 médecins inscrits au RSQ et ayant un avis administratif favorable du CMQ demeurent disponibles. Il faut se rappeler que la procédure officielle d'évaluation au CMQ (demande d'admissibilité, examens et stage d'évaluation) ne peut être entreprise que si le candidat a un établissement parraineur.

Enfin, la mise en place des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) devrait également favoriser une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Le maintien d'une gestion rigoureuse des plans régionaux d'effectifs médicaux, tant en médecine familiale qu'en médecine spécialisée, combiné aux différentes mesures de répartition des médecins, devrait entraîner une plus grande équité dans l'accès aux services médicaux dans l'ensemble des régions du Québec.

OBJECTIF **Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires.**

Indicateur	Cible 2003-2004	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Monitorage continu des besoins en main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation	Monitorage réalisé	Monitorage continu des besoins en main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	Monitorage réalisé

Commentaires

Le Ministère effectue un monitorage continu des besoins en main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. En 2004-2005, un suivi particulier mis en place pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les technologues en radio-oncologie, les pharmaciens, les technologistes médicaux, les cytotechnologistes, les technologues en radiodiagnostic, les technologues en médecine nucléaire, les inhalothérapeutes, les techniciens en électrophysiologie médicale, les perfusionnistes et les intervenants dans le secteur des services sociaux et de la santé mentale.

Actuellement, les professions les plus touchées par une pénurie sont :

Professions	Pénurie en 2005[1]	Effectif	Pourcentage
Pharmaciens	568	6 154	9 %
Orthophonistes	205	1 213	17 %
Ergothérapeutes	175	3 126	6 %
Physiothérapeutes	70	3 722	2 %
Technologues en radiodiagnostic	165	3 130	5 %
Inhalothérapeutes	119	2 925	4 %

1. Prévision établie sur la base des données du 31 mars 2004.

Les mesures les plus immédiates pour résoudre les pénuries consistent à augmenter le nombre d'admissions dans les programmes de formation, à convertir des postes à temps partiel en postes à temps plein et à revoir l'organisation du travail.

Les plans d'action de chaque secteur où existe une pénurie portent également sur les enjeux suivants :

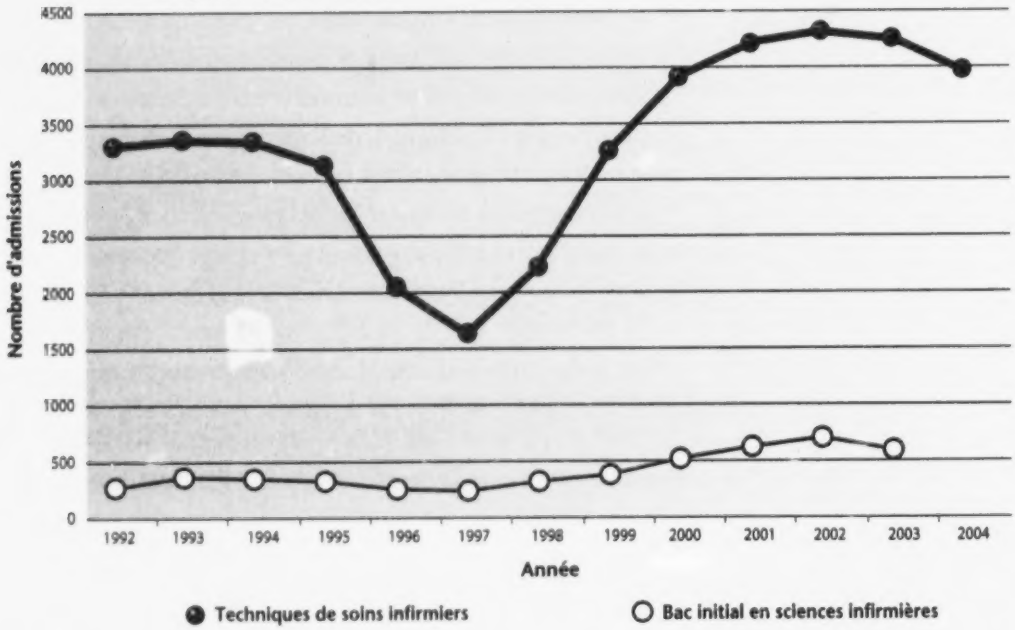
- la disponibilité et l'organisation des stages de formation en milieu de travail;
- la mise en œuvre des travaux de planification de la main-d'œuvre régionale et locale;
- l'amélioration des milieux de travail et des conditions de travail et de rémunération;
- l'amélioration de l'accueil, de l'orientation et de la rétention des effectifs;
- la politique de gestion de la présence au travail;
- la promotion des professions et des programmes de formation auprès des jeunes;
- le recrutement à l'étranger;
- la problématique des rehaussements de la durée et du niveau des programmes de formation.

Cette surveillance soutenue du Ministère permet de mieux connaître les besoins en main-d'œuvre et ainsi, par différentes stratégies, de corriger le plus rapidement possible les pénuries constatées ou, mieux encore, d'éviter les pénuries prévisibles.

Par exemple, en soins infirmiers on observe des améliorations dans différents volets :

- une meilleure rétention en emploi des nouvelles infirmières :
  - en moyenne, cinq ans après l'obtention du permis, 90,5 % des infirmières sont en emploi, comparativement à 86 % dans la prévision antérieure;
- une meilleure perspective de diplomation chez les étudiantes en techniques de soins infirmiers;
- l'augmentation du nombre de diplômées hors du Québec :
  - ce résultat est dû à la mise en place des programmes d'intégration en emploi des immigrantes (partenariat avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport);
- le retour au travail d'infirmières qui n'étaient plus sur le marché du travail;
- une révision des modes d'organisation du travail :
  - le recours accru à d'autres titres d'emploi (infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, externes, commis); cette mesure représente une économie de l'ordre de 2 600 infirmières depuis cinq ans;
  - l'augmentation du nombre d'emplois à temps complet et des heures travaillées par infirmière; cela représente l'équivalent de près de 3 600 emplois depuis cinq ans;
- l'augmentation des admissions dans les programmes.

Évolution des inscriptions dans les programmes de formation à la profession infirmière



Note : Les données concernant le programme universitaire pour l'année 2003 sont préliminaires, et celles relatives à l'année 2004 ne sont pas disponibles.

L'arrivée de nouvelles diplômées sur le marché du travail permettra de combler les départs à la retraite et autres départs qui surviendront au cours des prochaines années. Toutefois, le Ministère observe actuellement que, compte tenu du plafonnement des nouvelles inscriptions et des diplômées attendues et en considérant l'augmentation anticipée des besoins liés à l'évolution démographique, ces nouvelles arrivées ne seront pas suffisantes pour combler les nouveaux besoins.

D'autres moyens devront être envisagés pour l'ensemble des emplois. Ils feront l'objet de la stratégie de renouvellement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux actuellement en préparation.

OBJECTIF **Soutenir l'implantation d'infirmières praticiennes spécialisées.**

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'infirmières admises dans les différents programmes de spécialité	15	9
Nombre de bourses d'études octroyées	9	9

Commentaires

L'infirmière praticienne spécialisée existe depuis longtemps, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et dans la plupart des provinces canadiennes. L'infirmière praticienne spécialisée est une infirmière qui dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité (néphrologie, cardiologie, néonatalogie) en tenant compte de son expérience de travail.

L'introduction des infirmières praticiennes spécialisées au sein des équipes soignantes permettra au Québec de rattraper le retard qu'il accusait jusqu'ici. Selon les expériences, les retombées positives de l'introduction des infirmières praticiennes spécialisées sont l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins et des services, en plus d'offrir une perspective de carrière plus attrayante pour les infirmières.

En novembre 2003, les autorités ministérielles confirmaient l'importance pour le réseau de la santé et des services sociaux de se doter d'infirmières praticiennes spécialisées. Elles annonçaient un programme d'intéressement de 9 millions de dollars pour inciter les infirmières à entreprendre des études de deuxième cycle donnant accès à un certificat d'infirmière praticienne spécialisée, soit en néphrologie, en néonatalogie ou en cardiologie. Ce programme, étalé sur cinq ans, consiste en l'octroi de bourses de 30 000 $ chacune à 75 infirmières et d'un montant de 40 000 $ pendant deux ans afin de soutenir les établissements qui ouvriront des postes permanents à temps complet pour ces infirmières.

En 2004, quinze infirmières étaient inscrites aux études de deuxième cycle. La première cohorte d'infirmières praticiennes spécialisées sera diplômée à la fin de l'automne 2005. Cinq infirmières praticiennes spécialisées en néphrologie et quatre infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie commenceront leur pratique dans les centres hospitaliers. L'écart entre le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées et diplômées initialement prévu et celui à atteindre s'explique par l'abandon du programme par des infirmières. Les neufs infirmières qui ont poursuivi leurs études ont obtenu des bourses.

OBJECTIF **Améliorer la gestion de la présence au travail en réduisant à 5,31 % le ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées.**

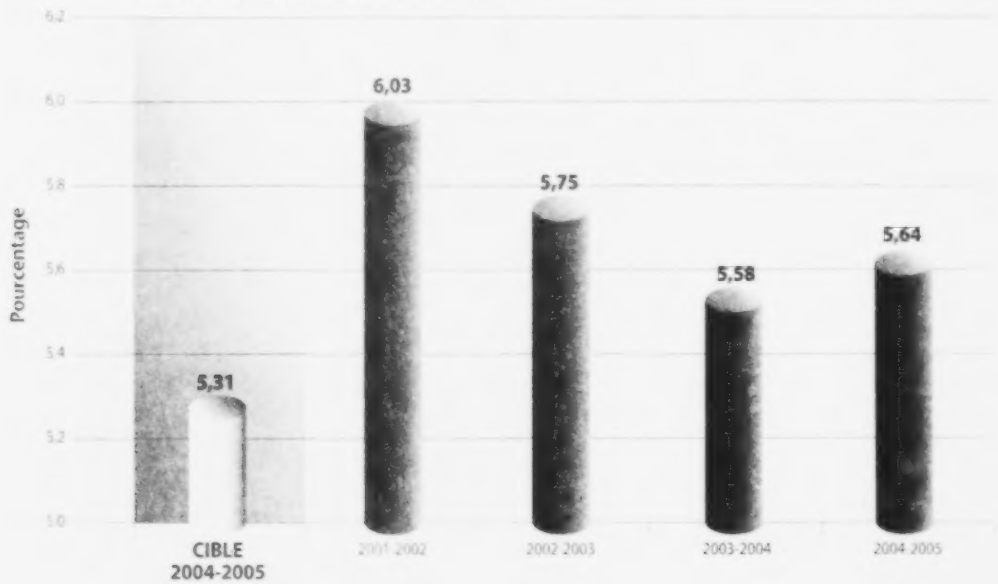
Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées au total	5,58 %	5,31 %	5,64 %

Commentaires

Pour faire face à une augmentation des heures payées en assurance salaire, un plan d'action ministériel sur la gestion de la présence au travail a été mis en œuvre en décembre 2001. Ce plan vise à améliorer le ratio de l'assurance salaire, mais également et surtout d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre. Un des objectifs quantifiables de ce plan d'action est de ramener, sur une période de trois ans, le ratio de l'assurance salaire au niveau observé en 1998-1999. Les plans d'action régionaux et locaux qui en découlent sont mis en application depuis l'exercice 2002-2003 et s'articulent avec le plan d'action ministériel.

La cible établie pour l'année 2004-2005 était de réduire à 5,31 % le ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées. Elle n'a pas été atteinte puisque le résultat se situe à 5,64 %, ce qui représente un dépassement de 6,1 % de la cible. Toutefois, il serait important de souligner les diminutions observées depuis l'année 2001-2002, illustrées dans le graphique ci-dessous.

Ratio national de l'assurance salaire



OBJECTIF **Améliorer la gestion de la présence au travail en réduisant à 5,31 % le ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées.**

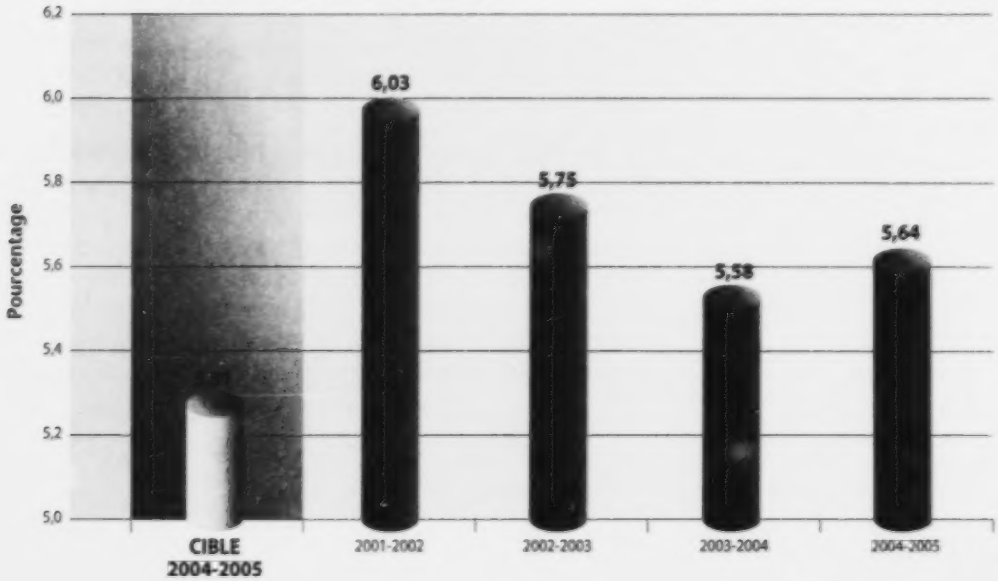
Indicateur	Résultat 2003-2004	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées au total	5,58 %	5,31 %	5,64 %

Commentaires

Pour faire face à une augmentation des heures payées en assurance salaire, un plan d'action ministériel sur la gestion de la présence au travail a été mis en œuvre en décembre 2001. Ce plan vise à améliorer le ratio de l'assurance salaire, mais également et surtout d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre. L'un des objectifs quantifiables de ce plan d'action est de ramener, sur une période de trois ans, le ratio de l'assurance salaire au niveau observé en 1998-1999. Les plans d'action régionaux et locaux qui en découlent sont mis en application depuis l'exercice 2002-2003 et s'articulent avec le plan d'action ministériel.

La cible établie pour l'année 2004-2005 était de réduire à 5,31 % le ratio du nombre d'heures en assurance salaire sur le nombre d'heures travaillées. Elle n'a pas été atteinte puisque le résultat se situe à 5,64 %, ce qui représente un dépassement de 6,1 % de la cible. Toutefois, il serait important de souligner les diminutions observées depuis l'année 2001-2002, illustrées dans le graphique ci-dessous.

Ratio national de l'assurance salaire



Ce résultat de 5,64 % représente une augmentation de 1,1 % par rapport au ratio de 5,58 % obtenu en 2003-2004. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette hausse, notamment les changements majeurs liés à l'application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui a donné lieu à la création des CSSS. Toutefois, il est difficile de confirmer ou d'infirmer l'une ou l'autre des hypothèses qui pourraient être proposées.

Sur le plan régional, deux régions présentent un bilan positif. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se démarque avec un ratio de 2,6 % inférieur à la cible, alors que la Montérégie affiche un résultat de 0,4 % inférieur à la cible. C'est dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine que l'on observe le plus grand écart avec un dépassement de la cible de 34,5 % ; il y est observé une croissance de 20 % du ratio par rapport à l'année précédente. Le tableau ci-dessous présente les résultats détaillés par région.

Ratio régional de l'assurance salaire

Région	Cible (%)	Résultat (%)	Écart (%)
Bas-Saint-Laurent	6,09	6,24	↑ 2,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	5,60	6,00	↑ 7,1
Capitale nationale	5,12	5,71	↑ 11,5
Mauricie et Centre-du-Québec	5,54	5,40	↓ 2,6
Estrie	5,40	5,99	↑ 10,9
Montréal	5,05	5,21	↑ 3,3
Outaouais	5,23	6,04	↑ 15,5
Abitibi-Témiscamingue	5,73	6,14	↑ 7,1
Côte-Nord	6,05	6,70	↑ 10,8
Nord-du-Québec	n.a.	n.a.	n.a.
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	6,02	8,09	↑ 34,5
Chaudière-Appalaches	5,27	5,58	↑ 5,9
Laval	5,10	5,27	↑ 3,3
Lanaudière	5,75	6,17	↑ 7,3
Laurentides	5,63	6,57	↑ 16,7
Montérégie	5,48	5,46	↓ 0,4
Nunavik	n.a.	n.a.	n.a.
Terres-Cries-de-la-Baie-James	n.a.	n.a.	n.a.
Moyenne nationale	**5,31**	**5,64**	**↑ 6,1**

Le ratio de l'assurance salaire ciblé pour l'année 2005-2006 a été établi à 5,21 %, soit une diminution de 7,6 %. Afin d'atteindre les objectifs fixés, le Ministère poursuivra, de concert avec l'ensemble des partenaires du réseau que sont les agences, les établissements et les syndicats, la mise en œuvre des activités prévues dans le plan d'action et il intensifiera particulièrement les actions visant le maintien du lien d'emploi et le prompt retour au travail, et ce, dans le cadre du déploiement du plan d'action ministériel.

Les ressources informationnelles

OBJECTIF **Mettre en œuvre un plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux arrimé aux priorités d'organisation du gouvernement et à la planification stratégique du Ministère, en tenant compte des capacités organisationnelles et financières.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Dépôt du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux	Plan d'informatisation déposé	Plan déposé en septembre 2004

Commentaires

L'orientation du gouvernement du Québec concernant les services en ligne signifie un changement dans la façon de voir la contribution des ressources informationnelles : la personne est au centre des préoccupations du système de santé et de services sociaux et le potentiel des nouvelles technologies est mis à contribution pour accroître l'efficacité et l'efficience des services.

Dans cette perspective, le ministre de la Santé et des Services sociaux a mandaté un groupe de travail pour élaborer un plan d'informatisation qui intègre la participation de tous les acteurs du système de santé et de services sociaux. L'objectif du plan est de soutenir prioritairement la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et des réseaux universitaires intégrés de services.

Les travaux relatifs à l'élaboration du plan d'informatisation du réseau sociosanitaire ont débuté dès 2003-2004. Une tournée d'information a permis au Ministère de rencontrer les agences, les associations, les corporations et les fournisseurs du réseau de la santé et des services sociaux et d'enrichir le plan d'informatisation. Ce dernier a été soumis au Ministre en septembre 2004.

Le plan d'informatisation présente, sur un horizon d'une dizaine d'années, une vision structurée de l'intégration des ressources informationnelles à l'organisation des services. Un développement planifié des systèmes d'information vise à retirer des bénéfices plus élevés des investissements consentis dans le domaine des technologies en favorisant la réutilisation des composantes et en garantissant l'interopérabilité des solutions retenues. Cette vision de l'informatisation s'appuie sur la mise en place de services communs et sur le partage des responsabilités entre les paliers central, régionaux et locaux. L'adoption de normes et d'orientations et l'optimisation de l'exploitation des technologies s'intègrent à cette démarche de planification. Une utilisation judicieuse de l'information produite dans le cadre des activités des établissements doit par ailleurs soutenir la gestion par résultats et la reddition de comptes en fournissant aux responsables du système de santé et de services sociaux des données actuelles et pertinentes sur l'état de santé de la population et sur l'offre de service du réseau sociosanitaire.

La réalisation du plan d'informatisation a suscité des travaux sous différents axes, portant notamment sur la dimension juridique, la gouvernance, l'architecture, les plans stratégiques régionaux et, de façon plus spécifique, sur les orientations dans le dossier de santé électronique interopérable. En outre, la mise en œuvre des solutions envisagées dans le plan d'informatisation au cours des prochaines années améliorera encore davantage le soutien des ressources informationnelles aux services directs à la population.

OBJECTIF **Compléter l'informatisation de tous les laboratoires.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion des laboratoires complètement informatisés	100 %	91 %

Commentaires

Les 117 laboratoires publics offrent des services de biologie médicale, soit la biochimie et l'hématologie. Certains d'entre eux donnent également des services de pathologie-cytologie et de microbiologie. L'organisation actuelle des services de laboratoire se veut centrée sur la personne en lui assurant la disponibilité et l'accessibilité de services sécuritaires, pertinents et de qualité dans un contexte d'efficience.

Dans cet esprit, le Ministère a dû prendre en compte les possibilités qu'offre l'évolution technologique et envisager la création du dossier électronique, laquelle nécessite l'informatisation des laboratoires. Ainsi, le Ministère, les agences et les établissements abritant un laboratoire ont poursuivi l'informatisation interne de ces laboratoires. Au 31 mars 2005, 91 % d'entre eux étaient informatisés, soit 107 laboratoires sur 117. Dans les autres laboratoires, la phase de déploiement est en cours et l'informatisation devrait être terminée en décembre 2005.

Quant à l'acheminement des résultats de laboratoire aux intervenants cliniques, qui se fait par l'installation d'un module de requêtes-résultats, il est déjà commencé. Cette deuxième étape permettra d'abord aux laboratoires informatisés d'expédier électroniquement les résultats des analyses aux médecins et, ensuite, de recevoir électroniquement les demandes d'analyse. Le nombre de résultats d'examens expédiés électroniquement par le module « résultats » aux différents intervenants cliniques est évalué à 40 %. Ainsi, plus des trois quarts des GMF qui sont déjà informatisés reçoivent les résultats d'examens de laboratoire électroniquement. De plus, il est évalué à environ 10 % la proportion des demandes d'analyse reçues par l'intermédiaire du module « requêtes ». Ces proportions vont augmenter avec l'avancement des travaux dans les prochains mois.

OBJECTIF **Compléter le déploiement du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance dans tous les établissements (en déployant la version 2 (9.1.9) du logiciel).**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion des centres hospitaliers où le système a été déployé, en partie ou complètement	100 %	100 %

Commentaires

Le Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) vise à informatiser les activités transfusionnelles (activités cliniques et administratives) des établissements exploitant une banque de sang. Le SIIATH permet de suivre l'ensemble des activités transfusionnelles du donneur au receveur. Il permet également de produire les données pertinentes sur l'hémovigilance, c'est-à-dire les données relatives à la surveillance des receveurs, aux réactions transfusionnelles et à l'utilisation des produits sanguins.

Au 31 mars 2005, l'ensemble des 85 établissements désignés et associés du système du sang du Québec avaient implanté la version 9.1.9 du SIIATH selon le calendrier prévu. Le dossier transfusionnel et le sommaire transfusionnel sont donc en fonction dans tous ces établissements. Ils permettent de consigner les données cliniques sur les usagers.

OBJECTIF **Déployer, d'ici décembre 2004, dans tous les centres de radio-oncologie, le Système informatisé de gestion de l'accès aux services.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Proportion de centres de radio-oncologie où le SGAS est fonctionnel	100 %	100 %

Commentaires

Pour le Ministère, l'accessibilité des services médicaux et chirurgicaux est une préoccupation majeure. Afin d'assurer un meilleur suivi de la situation, le Ministère a décidé de doter le réseau de la santé et des services sociaux d'un Système informatisé de gestion de l'accès aux services (SGAS).

Le SGAS se veut avant tout un outil pour les différents professionnels de la santé qui ont à gérer quotidiennement l'accès aux services médicaux et hospitaliers spécialisés. Il permet une gestion des listes d'attente basée sur des délais médicalement acceptables et déterminés préalablement par les médecins spécialistes. Il permet également de fournir aux médecins, aux établissements, aux agences ainsi qu'au Ministère les outils automatisés nécessaires à cette gestion.

Au printemps 2000, le Ministère a décidé que le SGAS serait instauré en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie, dans une première phase. Le déploiement du SGAS en cardiologie tertiaire a commencé à l'hiver 2002 pour se terminer

au cours de l'année 2003-2004, et l'application locale est implantée partout dans ce domaine. En radio-oncologie, le déploiement du SGAS a débuté à l'hiver 2004 dans les dix établissements prévus pour cette opération et il s'est terminé en septembre 2004.

Éventuellement, le système SGAS pourrait être étendu à d'autres spécialités où il existe des listes d'attente.

OBJECTIF **Poursuivre le déploiement du Système d'information de gestion des départements d'urgences des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'établissements visés par le déploiement	22 établissements supplémentaires	Répartition du financement des 22 établissements supplémentaires complétée

Commentaires

Dans la perspective d'améliorer la gestion des unités d'urgence, le Ministère prend les moyens nécessaires pour mieux comprendre les différents éléments internes et externes qui ont une incidence sur celles-ci. Ainsi, il encourage les établissements hospitaliers ayant une unité d'urgence à se doter d'un outil de gestion précis. Ce dernier leur permettrait de disposer des données suffisantes pour être en mesure d'analyser les conséquences des actions posées et d'établir un diagnostic des problématiques vécues.

Le déploiement du système d'information des urgences Siurge a commencé en 1997. L'objectif initial était d'informatiser 71 unités d'urgence. De plus, le Ministère, ayant terminé la rédaction du cadre normatif du Système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU), a pu officiellement accréditer les logiciels de trois fournisseurs privés, habilités à déployer des systèmes respectant ce cadre.

Des travaux effectués au cours de l'année 2004-2005 ont permis d'obtenir le financement afin d'accroître, en 2005-2006, de 71 à 93 le nombre d'établissements visés, grâce à l'ajout de 22 centres hospitaliers de plus petites dimensions. Par ailleurs, des travaux de planification ont été amorcés, portant sur la création de la console provinciale des urgences et de la Banque de données communes des urgences (BDCU).

Au 31 mars 2005, l'implantation du SIGDU était achevée dans 34 des 71 unités prévues initialement, ce qui correspond à 52 % du nombre total de visites en ambulatoire et sur civière dans les urgences du Québec en 2004-2005. Le projet consiste maintenant à terminer d'ici le 30 mars 2007 le déploiement du SIGDU dans les établissements visés. La mise en place de ce système permettra de recueillir les données agrégées en temps réel dans la console provinciale, ainsi que les données du cadre normatif saisies dans la BDCU, laquelle fournira toute l'information nécessaire au suivi précis de l'évolution de la situation dans les urgences.

Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

OBJECTIF **Implanter les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans l'ensemble des régions, en conformité avec les propositions approuvées par le gouvernement.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Nombre d'instances locales mises en place	95	95

Commentaires

À la suite de l'adoption, en décembre 2003, de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, chacune des agences devait définir, sur son territoire, un modèle d'organisation basé sur la création d'un ou de plusieurs réseaux locaux de services. Le modèle des réseaux locaux de services repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et troisième lignes. Au cœur de chaque réseau local de services, une instance locale regroupant sous un même conseil d'administration un ou plusieurs CLSC, CHSLD et, dans la majorité des cas, un CHSGS devait être formée. L'instance locale constitue l'assise du réseau local de services, assurant l'accessibilité et la coordination des services destinés à la population du territoire local ainsi que la prise en charge et le suivi de cette population.

La mise en place des 95 réseaux locaux de services, reconnus par le gouvernement en juin 2004, a donc conduit à la création de 95 instances locales, dénommées centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ce changement structurel a impliqué la fusion d'établissements CLSC, CHSLD et CHSGS, faisant passer le nombre d'établissements publics de 339 en 2003 à 195 en 2005. De plus, l'ensemble des conseils d'administration des CSSS ont été nommés au cours de l'année de 2004-2005.

L'implantation des réseaux locaux de services se poursuivra en 2005-2006 alors que les CSSS auront la responsabilité d'élaborer un projet clinique. Ce projet devra viser, entre autres, à :

- assurer une meilleure réponse aux besoins des personnes tout en limitant le nombre de barrières entre les établissements et les professionnels;
- rapprocher les services des citoyens et donner à ceux-ci l'assurance qu'ils recevront une réponse appropriée à leur situation;
- assurer l'accès à des services continus et de qualité.

ENJEU 4

Gérer de façon efficiente les ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

L'équilibre budgétaire

OBJECTIF **Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.**

Indicateur	Cible 2004-2005	Résultat 2004-2005
Déficit annuel d'exploitation	192,1 M$	227,1 M$

Commentaires

Le Ministère a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces efforts ont été amorcés dès la transmission des enveloppes initiales de crédits 2004-2005, par la signification de cibles budgétaires allouées à chacune des régions. De plus, ces mêmes cibles sont partie intégrante des ententes de gestion et d'imputabilité établies entre les autorités régionales et le Ministère pour l'année 2004-2005.

Des rencontres ont eu lieu avec les autorités régionales ou les établissements, ou avec les deux, en vue d'assurer le respect de la cible déficitaire tout en préservant l'accessibilité des services requis par la population. La pleine réalisation des mesures de redressement budgétaire qui ont obtenu l'approbation du ministre en 2004-2005 présentait un potentiel de redressement de plus de 56,5 millions de dollars.

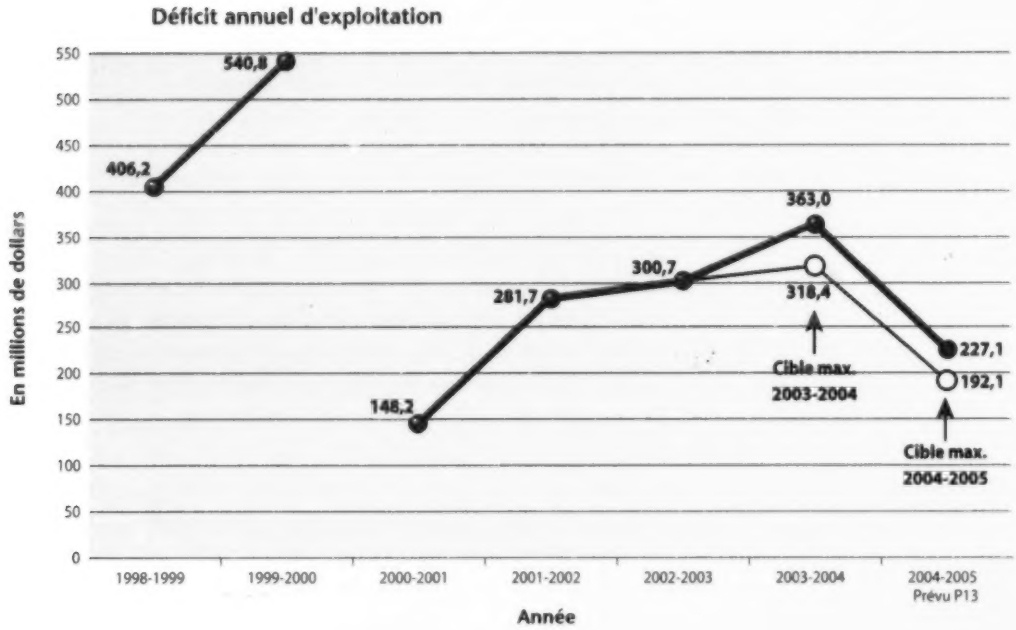
Le Ministère vise le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sur une période de trois ans. Dans ce contexte, une tranche récurrente de 100 millions de dollars (des trois tranches prévues) a été accordée en 2004-2005.

Résultats régionaux – Les résultats attendus pour l'exercice 2004-2005 révèlent que six régions prévoient terminer l'année dans le respect de leur cible budgétaire régionale signifiée par le Ministère. Par ailleurs, cinq régions prévoient un dépassement de leur cible représentant moins de 0,5 % de leurs revenus; cinq autres régions envisagent un dépassement de leur cible se situant entre 0,5 % et 1 % de leurs revenus; et deux régions entrevoient un dépassement de leur cible représentant plus de 1 % de leurs revenus. Le déficit d'exploitation annuel est donc passé de 363 millions de dollars en 2003-2004 à un montant

prévu de 227,1 millions de dollars selon les données de la dernière période financière de l'exercice 2004-2005. L'écart à la cible est passé de 44,6 à 35 millions de dollars au cours de cette même période.

112 établissements en équilibre – Les prévisions observées en mars 2005 révèlent que près de 57 % des établissements publics prévoient terminer l'année financière 2004-2005 en équilibre ou avec un surplus sur une base annuelle d'exploitation.

86 établissements en déficit – Parmi les 86 établissements qui prévoient terminer l'exercice financier 2004-2005 en déficit, 72 bénéficient de cibles déficitaires maximales signifiées par les autorités régionales totalisant 192,1 millions de dollars. Parmi eux, 43 prévoient un résultat conforme à leur cible, alors que 29 prévoient un déficit supérieur. Les 14 établissements déficitaires qui ne bénéficient pas d'une cible déficitaire maximale cumulent un déficit annuel attendu de 5,8 millions de dollars, soit l'équivalent de 1 % de leurs revenus d'exploitation.



Partie 5

L'utilisation des ressources

5.1 Les ressources humaines

La présente partie du rapport fait état des ressources allouées au Ministère en 2004-2005 dans l'exercice de sa mission.

L'évolution de l'effectif et les mouvements de personnel

Au 31 mars 2005, le Ministère et les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux comptaient 848 postes réguliers autorisés et 33 ETC occasionnels autorisés, pour un total de 881 ETC.

Les données détaillées concernant les postes réguliers et les emplois occasionnels sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Ventilation des postes selon la catégorie et le statut d'emploi

Catégorie d'emploi	Postes réguliers		Postes occasionnels		Total	
	31 mars 2004 (n)	31 mars 2005 (n)	31 mars 2004 (n)	31 mars 2005 (n)	31 mars 2004 (n)	31 mars 2005 (n)
Haute direction et cadres	81	79	-	-	81	79
Professionnels	509	507	22	22	531	529
Fonctionnaires	268	262	11	11	279	273
Total	**858**	**848**	**33**	**33**	**891**	**881**

Note : Ces données ne comprennent pas les effectifs de l'Office des personnes handicapées du Québec et de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'écart de 10 postes observé entre l'effectif du 31 mars 2005 et celui du 31 mars 2004 résulte du transfert, le 20 octobre 2004, du Conseil des aînés et du Secrétariat aux aînés au ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine.

La mobilité interne et externe de la main-d'œuvre demeure, aux yeux des autorités, un moyen de ressourcement et de valorisation de son effectif. Au cours de l'année de référence, on a dénombré 189 entrées en fonction ou déplacements internes et 66 départs, comparativement à 165 entrées en fonction ou déplacements internes et 50 départs en 2003-2004.

L'investissement dans la formation du personnel

Cette année, on a dénombré un total de 2 621 participations aux activités de formation; les coûts directs et indirects autres que les traitements ont atteint 491 919 $. L'ensemble des coûts liés à la formation a permis au Ministère de dépasser la cible du 1 % imposée aux organismes publics par la Loi sur le développement et la formation de la main-d'œuvre. En 2003-2004, le nombre de participations avait été de 3 195 et les coûts correspondants avaient atteint 427 655 $.

Les départs à la retraite et la planification de la main-d'oeuvre

Souscrivant aux objectifs gouvernementaux de réduction de la taille de l'État, le Ministère a entrepris un exercice de planification de sa main-d'œuvre en prévision des prochains départs à la retraite. En 2004-2005, 27 personnes ont quitté leur emploi pour la retraite. Pour l'exercice 2005-2006, le nombre anticipé des départs à la retraite est de 40. D'ici mars 2008, c'est près de 20 % des employés réguliers qui auront quitté leur emploi pour la retraite. L'exercice de planification de la main-d'œuvre doit permettre de déterminer les actions particulières à mettre en place pour pallier tous ces départs et pour préparer la relève pour les emplois stratégiques, pour le développement de compétences-clés et pour le transfert d'expertise, dans l'éventualité où les départs à la retraite ne pourront être remplacés que dans une proportion de 50 %.

5.2 Les ressources financières

Les dépenses pour l'année 2004-2005 du Ministère, de la RAMQ et de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'élèvent à 20 111 693 700 $.

Ces dépenses se répartissent entre les quatre programmes distincts détaillés ci-dessous :

Les fonctions nationales programme 01
263 276 600 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C;
- l'application d'une politique d'équilibre du prix des médicaments;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des organismes-conseils que sont le Conseil du médicament, le Protecteur des usagers, le Conseil de la santé et du bien-être, l'AETMIS, le Conseil médical du Québec et le Conseil des aînés pour la période du 1er avril 2004 au 20 octobre 2004, date du transfert de responsabilité vers le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine.

Les fonctions régionales programme 02
14 559 180 000 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientation ministérielle et de ceux qui ont été signifiés aux agences dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement de celles-ci. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, et les services de réadaptation ou de réinsertion;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et infirmiers, ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis par les CSSS, les CH et les CHSLD qui n'ont pas été intégrés dans les CSSS;
- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les CPEJ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant des déficiences physiques ou intellectuelles, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation;
- les services de prévention, d'aide et de soutien, fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes :

- la rémunération des résidents en médecine;
- les services préhospitaliers d'urgence;
- le système du sang;
- les régimes de retraite;
- les vaccins et les antiviraux;
- le service de la dette.

L'Office des personnes handicapées du Québec programme 03
53 318 000 $

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'OPHQ a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'OPHQ veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, l'OPHQ les informe, les conseille, les assiste et il fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'OPHQ.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'OPHQ. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ophq.gouv.qc.ca].

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04
5 235 919 100 $

Le programme relatif à la RAMQ vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais y afférents, notamment :

- les services médicaux;
- les services dentaires;
- les services optométriques;
- les médicaments et les services pharmaceutiques;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de la RAMQ.

L'information plus détaillée est disponible dans le rapport annuel de l'organisme. Ce rapport peut être consulté sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca].

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2003-2004 et 2004-2005 pour chacun des programmes de même qu'une comparaison entre le budget et les dépenses 2004-2005.

Sommaire de l'écart budgétaire[1]

		(000 $)			
		2003-2004	2004-2005		
Programme	Description	Dépenses	Budget	Dépenses	Écart
01	Fonctions nationales	246 608,0	278 908,0	263 276,6	15 631,4
02	Fonctions régionales	13 908 033,0	14 523 886,9	14 559 180,0	(35 293,1)
03	OPHQ	52 576,0	47 618,4	53 318,0	(5 699,6)
04	RAMQ	4 876 754,0	5 220 673,0	5 235 919,1	(15 246,1)
	TOTAL	**19 083 971,0**	**20 071 086,3**	**20 111 693,7**	**(40 607,4)**

1. Le portefeuille sociosanitaire a aussi bénéficié d'une somme de 47 millions de dollars en provenance de la Société des loteries du Québec, versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 millions de dollars a été alloué afin de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les CHSLD. D'autre part, une somme de 17 millions de dollars a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique et le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent.

Le budget de dépenses du Ministère pour l'exercice 2004-2005 se chiffrait à 20 071,1 millions de dollars. Les dépenses pour cet exercice se chiffrent à 20 111,7 millions de dollars. L'écart est analysé selon chaque programme :

- Pour les fonctions nationales, les dépenses sont inférieures au budget initial. Cette situation découle principalement de certains coûts qui ont été moindres que prévu, notamment le coût de l'assurance hospitalisation assumé par les Québécois dans les autres provinces et en dehors du pays, ainsi que le coût des médicaments relié aux patients d'exception. De plus, les conditions de la réalisation du projet pilote relatif à la mention de l'intention thérapeutique n'ont pu être complètement réunies en 2004-2005 au Conseil du médicament. Un resserrement de la gestion des budgets de fonctionnement du Ministère et des organismes-conseils explique également une partie de l'écart.
- Pour les fonctions régionales, l'écart s'explique principalement par les dépenses au chapitre du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et du Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) qui ont été supérieures aux prévisions initiales.
- Pour l'OPHQ, l'écart s'explique principalement par un transfert de crédits en cours d'année à partir du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale vers l'Office pour le Programme de subventions aux entreprises adaptées.
- Pour la RAMQ, l'écart s'explique essentiellement par les dépenses des services pharmaceutiques qui se sont avérées inférieures à la prévision d'un montant de l'ordre de 132 millions de dollars, qui est compensé par le dépassement des coûts prévus au chapitre des services médicaux découlant notamment des ententes avec les fédérations médicales.

5.3 Les ressources informationnelles

Les ressources informationnelles du réseau sociosanitaire

Au cours de l'année 2004-2005, de nombreuses activités touchant les ressources informationnelles ont été menées. En voici un bref aperçu :

- L'élaboration de la vision d'ensemble préconisée dans le plan d'informatisation s'est poursuivie. Une tournée d'information auprès des agences et des associations professionnelles a notamment été effectuée. Une première version d'une architecture d'ensemble a été préparée et présentée aux acteurs du réseau sociosanitaire et aux fournisseurs du domaine des technologies de l'information.

  Une démarche a été entreprise pour définir la collaboration entre la Direction générale des technologies de l'information et des communications du Secrétariat du Conseil du trésor (maintenant intégrée au ministère des Services gouvernementaux) et le Ministère à l'égard des réseaux de télécommunications et des infrastructures de portail ainsi que la contribution du secteur de la santé et des services sociaux au développement du portail gouvernemental.

  Une collaboration a été mise en œuvre entre le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation et le Ministère en ce qui a trait aux relations, aux communications et à la gestion de l'impact de la mise en place du plan d'informatisation sur l'activité économique des fournisseurs de technologies de l'information.

  Enfin, une structure de gouvernance du plan d'informatisation a été mise en place par la création d'un comité exécutif composé des principales instances gouvernementales impliquées dans la réalisation du plan d'informatisation et par la création d'un comité consultatif regroupant des représentants des principales associations du secteur.

- La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux prévue par la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a suscité des initiatives importantes. Certaines modalités d'application régissant la circulation des renseignements de santé seront révisées dans le cadre du projet de loi n° 83, soit la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Les autres principales modifications concernent la création de services de conservation régionaux, la possibilité de conservation des données hors des murs des établissements, l'autorisation accordée à ceux-ci de confier des mandats ou des contrats de services en matière de ressources informationnelles et enfin l'habilitation des agences à offrir des services aux établissements de leur territoire en relation avec les ressources informationnelles.

  De plus, un fonds d'investissement partagé a été créé pour l'informatisation des réseaux locaux de services. Les établissements et les agences d'une part, et le Ministère d'autre part, contribuent à parts égales pour un montant de 30 millions de dollars chacun aux projets retenus par le comité de gestion du fonds.

- La participation aux instances canadiennes impliquées dans le domaine de l'information en santé s'est également poursuivie, notamment par l'adhésion du Québec à l'Institut canadien d'information sur la santé en novembre 2004.

  Avec la contribution de l'investisseur stratégique qu'est la Société inforoute santé du Canada, dont le Québec est membre, il est possible d'amorcer des projets importants d'informatisation du dossier de santé électronique interopérable, du registre des usagers et du registre des intervenants, ainsi que pour des systèmes d'information dans les domaines du médicament, de l'imagerie diagnostique, des laboratoires et de la télésanté.

- Diverses actions ont été entreprises pour la consolidation, le développement d'initiatives nouvelles et le repositionnement de certains projets d'informatisation. Ce fut le cas, entre autres, pour le GMF où une révision majeure a été réalisée en ce qui concerne les modalités d'informatisation et les modes de propriété des équipements informatiques. De même, plusieurs systèmes ont été déployés ou consolidés, notamment le Système de gestion de l'accès aux services (SGAS), le Système d'information intégré d'activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH), le Système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU), le Système de demande de services inter-établissements (DSIE) ainsi que le Système d'information pour la gestion des plaintes et de la qualité aux services (SIGPAQS). De plus, des améliorations ont été apportées à la transmission des avis émis par les services nationaux et régionaux de santé publique aux centrales Info-Santé par leur diffusion en mode Web.

  Des travaux ont également été amorcés pour implanter les nouvelles classifications médicales (CIM-10-CA) ainsi que pour moderniser la banque centrale dans l'environnement informationnel de la RAMQ. Le repositionnement des projets Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), Système d'information clientèle en déficience physique (SICDP), Système d'information clientèle en déficience intellectuelle (SICDI) et GMF a aussi été nécessaire pour que ceux-ci soient développés dans une perspective de mise en commun et de réutilisation. Enfin, l'installation d'une infrastructure technologique moderne et l'implantation de systèmes d'information à la fine pointe de la technologie ont été menées à terme pour l'ouverture du nouveau Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

Les ressources informationnelles du Ministère

En ce qui a trait à l'infrastructure technologique ministérielle, l'année 2004-2005 a donné lieu principalement aux réalisations suivantes :

- l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont le répertoire des ressources et le localisateur, la collecte d'informations financières et opérationnelles, la gestion des emprunts, le registre des autochtones, le système de gestion et de reddition de comptes, le registre des techniciens ambulanciers, le système d'adoption internationale, le système de mécanismes de dépannage pour les médecins en région, les systèmes concernant le rapport financier et statistique des établissements et enfin l'outil d'extraction du fichier des établissements;
- la maintenance et l'entretien du parc technologique, composé notamment de 100 serveurs et d'environ 1 250 postes de travail, ainsi que de divers liens de communication reliant les sites ministériels au Réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS) et aux Services gouvernementaux;

- la protection contre les virus en migrant à la dernière version du logiciel d'antivirus pour les postes de travail et les serveurs. La sécurité des postes de travail a également été améliorée en installant la nouvelle version de la console de gestion;
- l'amélioration de la qualité des services du réseau par l'installation de 15 serveurs, principalement des rehaussements, par la mise à niveau des systèmes d'exploitation des serveurs Novell à la version 6.5 de Netware. De plus, la mise à niveau des serveurs Windows NT aux versions 2000 et 2003 a été complétée;
- l'amélioration de la sécurité des données en aménageant une salle de serveurs dans l'édifice du 1005, chemin Sainte-Foy dans le but d'en faire un site de relève;
- la réalisation de travaux précisant les orientations technologiques propres au Service du soutien technologique du Ministère. Un virage s'est amorcé vers la programmation-objet et l'utilisation du langage de programmation JAVA. Un module de contrôle des accès et de la sécurité destiné à plusieurs applications a également été mis en place.

Partie 6

L'application de certaines politiques gouvernementales

6.1 L'analyse différenciée selon les sexes

Par le *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, le gouvernement donne suite aux engagements pris lors de la Quatrième Conférence mondiale des Nations unies sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, en adoptant un projet mobilisateur visant l'instauration de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans les pratiques gouvernementales. Par cette décision, le gouvernement confie au Secrétariat général du Conseil exécutif, au Secrétariat du Conseil du trésor et au Secrétariat à la condition féminine la direction conjointe des travaux découlant de ce projet. Il approuve également la formation d'un comité interministériel chargé de soutenir le comité directeur et il autorise l'expérimentation de projets d'approche différenciée selon les sexes dans les ministères qui s'inscrivent comme participants, dont le Ministère.

L'engagement du Ministère, à l'égard du projet mobilisateur gouvernemental sur l'ADS, a finalement donné lieu à une volonté plus large d'intégrer cette approche aux pratiques du réseau de la santé et des services sociaux qui s'est traduite par un engagement inscrit dans les *Objectifs ministériels et Stratégies d'action en santé et bien-être des femmes*, parus en décembre 2002. À cet égard, le Ministère s'engage à implanter progressivement l'ADS. Concrètement, il demande à son personnel concerné et à celui du réseau qu'ils s'assurent que des analyses soient réalisées et considérées dans les travaux visant à déterminer l'offre de soins et de services, dont les projets cliniques. Cela permettra de mettre en lumière les réalités différenciées des hommes et des femmes, en ce qui a trait à leurs besoins en soins et en services, et d'assurer une réelle équité et égalité entre eux lorsque ceux-ci seront dispensés.

Les travaux du projet gouvernemental ont permis de définir l'ADS comme une approche de gestion qui vise à discerner de façon préventive, au cours de la conception ou de l'évaluation d'une intervention gouvernementale, les effets distincts de l'approbation de cette intervention sur les femmes et les hommes en tenant compte des conditions socioéconomiques et politiques qui les caractérisent. L'ADS apporte un éclairage à la prise de décision dans le respect du principe de l'égalité entre les Québécoises et les Québécois. En matière d'approche de gestion, l'ADS rejoint l'esprit de la Loi sur l'administration publique, laquelle énonce que la qualité des services aux citoyennes et aux citoyens est la finalité de l'action gouvernementale.

Quant à l'implantation de l'ADS, voici les étapes franchies par le Ministère en 2004-2005 :

- des formations sur l'ADS ont été élaborées. Elles s'adressent au personnel professionnel et aux gestionnaires du Ministère, des agences et des établissements;
- deux sessions pilotes de validation des formations ont été réalisées auprès des professionnelles et professionnels ainsi qu'auprès des gestionnaires du Ministère, des agences et des établissements;
- les présidentes-directrices générales et présidents-directeurs généraux des agences ainsi que les directrices et directeurs de l'organisation des services ont été informés de l'obligation d'intégrer l'ADS selon un calendrier d'implantation établi par le Ministère;
- l'ADS a été intégrée aux ententes de gestion et d'imputabilité 2004-2005 et aux travaux d'élaboration des projets cliniques concernant les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux jeunes en difficulté et à leur famille, aux personnes présentant des problèmes de santé mentale et enfin aux proches-aidantes et aidants, notamment des personnes ayant une déficience;
- trois séances de formation ont été réalisées entre le mois de décembre 2004 et la fin de mars 2005. Au total, 26 formatrices et formateurs issus de 12 régions administratives du Québec ont reçu la formation. Un forum de discussion a été mis en place pour assurer un suivi auprès de ces personnes;
- les formations régionales sur l'ADS ont débuté, auprès du personnel concerné, dans quatre régions du Québec.

6.2 L'accès à l'égalité en emploi et le plan d'embauche

La représentation féminine

La représentation féminine au Ministère est demeurée relativement stable dans toutes les catégories d'emploi au cours de l'année 2004-2005, comme en fait foi le tableau suivant.

Représentation des femmes par catégorie d'emploi

Catégorie d'emploi	31 mars 2004 (%)	31 mars 2005 (%)
Haute direction et cadres	37	39
Professionnels	51	50
Fonctionnaires	79	80
Total	**61**	**61**

Les personnes de moins de 35 ans et les groupes cibles

Au cours de l'année de référence, le Ministère a recruté 9 personnes de moins de 35 ans sur des postes réguliers et 70 sur des postes occasionnels. Quant aux autres groupes cibles, 2 personnes handicapées et une personne provenant d'une communauté culturelle ont été embauchées sur des postes réguliers, et une personne anglophone, une personne handicapée et 8 personnes provenant de communautés culturelles ont été embauchées sur des emplois occasionnels.

Au total, on note un accroissement du nombre de jeunes de moins de 35 ans au Ministère, celui-ci passant de 145 à 164, soit une hausse de 19; le nombre de personnes handicapées a diminué, passant de 12 à 11; le nombre de personnes issues des communautés culturelles est passé de 17 à 20; enfin, le nombre d'anglophones et d'autochtones est demeuré stable. Ces variations résultent de l'effet combiné du recrutement et des mutations d'employés entre ministères et organismes. Les tableaux suivants en présentent les détails.

Nombre de personnes selon la catégorie d'emploi et le groupe cible au 31 mars 2004 et 2005

Catégorie d'emploi	Moins de 35 ans		Handicapés		Communautés culturelles	
	2004 (n)	2005 (n)	2004 (n)	2005 (n)	2004 (n)	2005 (n)
Haute direction et cadres	-	-	1	1	1	1
Professionnels	84	88	5	4	8	9
Fonctionnaires	61	76	6	6	8	10
Total	**145**	**164**	**12**	**11**	**17**	**20**

Catégorie d'emploi	Anglophones		Autochtones	
	2004 (n)	2005 (n)	2004 (n)	2005 (n)
Haute direction et cadres	-	-	-	-
Professionnels	3	3	1	1
Fonctionnaires	2	2	-	-
Total	**5**	**5**	**1**	**1**

L'accès à l'emploi en conformité avec le plan d'embauche

Des modifications récentes ont été apportées au plan d'embauche. D'une part, il établit maintenant à 25 % la proportion des personnes recrutées (sur un poste régulier ou occasionnel) provenant des groupes cibles et, d'autre part, il exclut les personnes de moins de 35 ans des groupes cibles. Au cours de l'année 2004-2005, dans le recrutement effectué par le Ministère, la proportion des nouveaux employés issus des groupes cibles, excluant les jeunes de moins de 35 ans, s'est établie à 11 % (13 sur 116).

6.3 Le bilan des moyens pris pour actualiser la politique concernant la santé des personnes au travail

Conformément à la *Politique concernant la santé des personnes au travail dans la fonction publique*, le Ministère s'est donné comme objectif de l'intégrer aux pratiques de gestion de son personnel et de responsabiliser davantage tous les acteurs. À cet effet, il a nommé, au cours de l'année 2004-2005, une coordonnatrice en santé des personnes au travail. Le Ministère a également fait distribuer à tout son personnel la brochure gouvernementale à ce sujet. Un comité-conseil a été mis sur pied, composé de cadres provenant de chaque direction générale, pour mettre en œuvre la politique gouvernementale.

À la suite de l'adoption de la politique gouvernementale concernant la santé des personnes au travail, le Ministère s'est doté d'un *Programme ministériel de la santé et du bien-être de la personne* qui a été adopté par les membres du Comité ministériel sur l'organisation du travail (CMOT) et par la haute direction, soit le Comité de direction ministériel (CODIR). Le programme ministériel vise les objectifs suivants :

- prévenir l'apparition de troubles de santé physique ou psychologique chez le personnel en agissant sur des facteurs de risque;
- promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie de nature à maintenir ou à améliorer la santé;
- offrir, sur les lieux de travail, différents services liés à la santé;
- sensibiliser le personnel aux différents éléments déterminants en matière de santé et de gestion du stress;
- encourager le personnel à pratiquer, sur une base régulière, une ou des activités physiques.

Plusieurs activités ont été réalisées dans le cadre de ce programme au cours de l'exercice 2004-2005. Des conférences sur divers thèmes liés à la santé ont eu lieu afin de sensibiliser le personnel, notamment, *Arrosez les fleurs, pas les mauvaises herbes*. Au total, 190 inscriptions ont été enregistrées pour cette conférence. De plus, 308 personnes ont reçu le vaccin contre l'influenza, et deux autres ont eu recours à des services pour cesser de fumer. L'infirmière des services-santé a rencontré 142 personnes lors de 765 rendez-vous. Le Ministère a également contribué à former 16 personnes en réanimation cardio-respiratoire de base. En ce qui concerne la promotion de l'activité physique, 105 personnes ont été évaluées concernant leur condition physique, et 135 autres ont bénéficié d'un soutien financier pour l'exercice physique pratiqué de façon régulière. Des séances de massothérapie sur chaise ont aussi été offertes tout au long de l'année au personnel du Ministère.

Par ailleurs, chaque année, un bilan annuel du *Programme d'aide aux employés* (PAE) est produit au CMOT, présenté au CODIR et distribué aux gestionnaires. Un bilan de l'absentéisme pour motif de santé fut également produit et a fait l'objet d'une présentation dans chaque direction générale. Le personnel de la Direction des services au personnel a reçu une formation par un expert de la santé des personnes au travail. Les problématiques particulières liées à la gestion des ressources humaines sont traitées en équipe multisectorielle. L'intégration

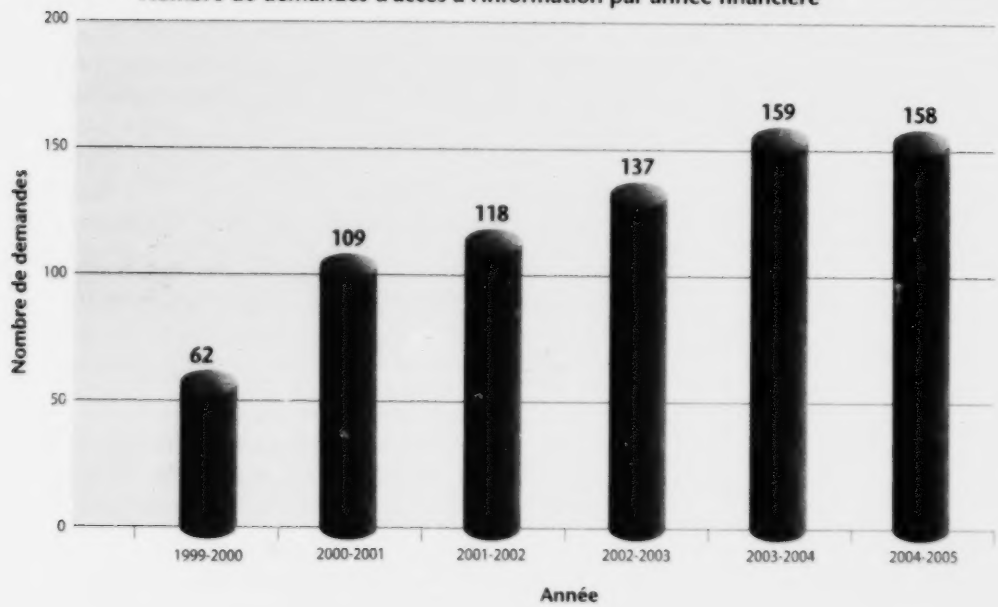
des préoccupations liées à la santé des personnes au travail figure parmi les attentes du sous-ministre envers les membres du CODIR. Au total, 170 personnes se sont prévalues du PAE. Les consultations et les interventions se sont chiffrées à 671, pour un total de 523 heures d'aide individuelle.

Concernant les obligations apportées à la Loi sur les normes du travail relativement au milieu de travail exempt de harcèlement et de violence, le Ministère a élaboré et fait adopter des orientations et des pratiques en matière de harcèlement et de violence qu'il a intégrées à la *Politique concernant la santé des personnes au travail*. Une personne coordonnatrice a été nommée dans ce dossier. La sensibilisation du personnel aux obligations et aux pratiques en cette matière s'est poursuivie. Le Ministère a aussi organisé une activité de sensibilisation auprès des gestionnaires sur le thème de la santé des personnes au travail, incluant le harcèlement.

6.4 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2004-2005, le Ministère a reçu 158 demandes formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, ci-après appelée la Loi sur l'accès ; 100 demandes visaient l'obtention de documents administratifs (63 %) et les 58 autres portaient sur l'accès à des renseignements personnels (37 %). Il s'agit d'une diminution de moins de 1 % du nombre de demandes par rapport à l'exercice précédent.

Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière



Parmi ces demandes, 63 % ont fait l'objet d'un accès total ou partiel, 15 % d'un refus de communication et 22 % concernaient des documents qui ne sont pas détenus par le Ministère ou qui relèvent de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours et moins dans 81 % des cas, et un recours en révision des décisions rendues a été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information (CAI).

Le Ministère a également répondu aux demandes suivantes :

Demandes reçues	2003-2004	2004-2005
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	285	261
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	474	1 268
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	47	45

Dans le cadre du plan d'action gouvernemental pour la protection des renseignements personnels, une journée de formation a été organisée pour les employés de la Direction des services au personnel du Ministère afin de parfaire leur connaissance de la Loi sur l'accès. De plus, une présentation du Modèle de pratiques de protection des renseignements personnels a été offerte aux pilotes des systèmes d'information ainsi qu'au personnel de la Direction des ressources informationnelles dans le contexte du développement des systèmes d'information par les organismes publics.

Le Ministère a par ailleurs fait part de ses commentaires sur le projet de loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Il a également procédé à une révision globale de la liste des renseignements des banques de données à communiquer aux directions régionales de la santé publique dans le cadre de la mise en place du plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Le Ministère avait prévu s'adresser à la CAI pour obtenir son avis concernant le système d'information sur les CLSC ainsi que le registre du sang. Toutefois, le dépôt à l'Assemblée nationale du projet de loi n° 83, soit la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, aura forcé le report de cette consultation.

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2005-2006 avec la révision des déclarations de fichiers de renseignements personnels. La formation et la sensibilisation du personnel feront aussi partie des priorités d'action.

6.5 La politique linguistique

La *Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française* a été adoptée par le Ministère en novembre 1999 à la suite de la diffusion de la *Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'administration*. En 2004-2005, les pratiques linguistiques du Ministère énoncées dans cette politique ont été observées dans les communications verbales ou écrites, ce qui démontre que le personnel est soucieux de l'importance de la qualité du français dans l'exercice de son travail.

6.6 L'éthique et la déontologie

Au cours de l'année 2004-2005, aucun manquement à la réglementation en matière d'éthique et de déontologie n'a été signalé.

De fait, huit demandes de consultation, acheminées tant par des gestionnaires que par des membres du personnel, ont été traitées. Ces demandes visaient pour la plupart l'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique. Il faut préciser que cet article définit les comportements attendus de façon à éviter au fonctionnaire de se retrouver en situation de conflit d'intérêts, réel ou apparent.

Il faut signaler que ces demandes ont constitué autant de situations dont la solution nécessitait, entre autres, le recours au Cadre de référence pour les gestionnaires relatif à l'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique, adopté par les autorités du Ministère en novembre 2003.

Parallèlement, diverses actions de sensibilisation à la réglementation en matière d'éthique dans la fonction publique, ou en lien avec l'application de cette réglementation, ont été conduites en 2004-2005. Il faut noter, à titre d'exemple, les activités suivantes :

- la présentation de la *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise* et du *Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique* à l'occasion d'une session d'accueil du nouveau personnel ;
- la conduite d'une session d'une demi-journée portant sur l'éthique dans la fonction publique appliquée à l'exercice des responsabilités d'un secteur d'activité du Ministère ;
- des échanges avec le Secrétariat du Conseil du trésor sur un projet d'amendement de la Directive sur l'utilisation éthique du courriel, d'un collecticiel et des services d'Internet par le personnel de la fonction publique ;
- la réponse au Questionnaire sur les pratiques en matière d'éthique et de déontologie, préparé par le Vérificateur général du Québec, qui faisait ainsi office de suivi des constatations et des recommandations formulées à la suite de la vérification de l'optimisation des ressources réalisée en 2000-2001.

Enfin, pour répondre aux préoccupations du Ministère concernant l'éthique et la déontologie, une stratégie de sensibilisation des gestionnaires et du personnel touchés par la Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme a été adoptée par les autorités du Ministère. Cette stratégie a été élaborée avec la collaboration des représentants du Bureau du commissaire au lobbysme du Québec.

Dans l'atteinte de ses objectifs de sensibilisation, cette stratégie a permis, au personnel visé, d'acquérir une connaissance pratique de la loi et de ses dispositions. Elle a également donné l'occasion au Ministère d'amorcer les travaux en vue de répondre à l'attente du Commissaire au lobbysme, soit préciser les domaines d'intervention du Ministère ainsi que les décisions afférentes à ces domaines, qui sont susceptibles de faire l'objet d'activités de lobbysme.

6.7 Le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général est coordonné par le vérificateur interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les neuf rapports du Vérificateur général, déposés depuis l'année 2001-2002.

Les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie, Tome I, 2001-2002

À la suite de la publication, à l'automne 2003, des orientations ministérielles intitulées *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, le Ministère a fait un suivi des plans d'action des établissements. Au 31 mars 2005 :

- la plupart des établissements ont réalisé un plan d'action pour l'implantation de l'approche *milieu de vie* ;
- tous les établissements se sont engagés dans l'implantation de cette approche, implantation qui évolue à un rythme différent d'une région à l'autre.

Les visites d'appréciation de la qualité de vie des personnes hébergées amorcées en 2003-2004 se sont poursuivies. Les établissements visités ont apporté des correctifs à la suite des recommandations. Aussi, ces visites ont donné lieu à l'élaboration et à la diffusion d'un cadre de référence pour les employés pour le signalement de comportements inacceptables en établissement hébergeant des personnes vulnérables ainsi qu'à l'annonce d'un investissement de 35 millions de dollars pour améliorer la qualité physique de certaines installations et d'un investissement de un million de dollars pour la formation des gestionnaires et du personnel en CHSLD. Ce processus de visites d'appréciation a été rendu permanent.

Aussi, afin d'offrir d'autres alternatives à l'hébergement institutionnel, 22 projets novateurs totalisant 332 places ont été autorisés par le ministre au cours de l'année. Dans ces projets, le financement du Ministère permet aux établissements du réseau d'assumer les soins et les services sociaux alors que les autres services sont assumés par d'autres partenaires. Au cours de la prochaine année, une évaluation des projets permettra de brosser un portrait des différentes options offertes et d'émettre des recommandations pour le développement de ressources autres que les CHSLD en mesure de mieux répondre aux besoins de la clientèle âgée en lourde perte d'autonomie.

Le Groupe de travail sur les services aux aînés en perte d'autonomie, mis en place à l'automne 2003, a terminé ses travaux en janvier 2005 et il a fait ses recommandations au ministre concernant un plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie. Ce plan d'action 2005-2010, qui doit être rendu public au cours de l'exercice 2005-2006, porte essentiellement sur l'organisation des services de longue durée aux aînés en perte d'autonomie, et ce, peu importe leur milieu de vie.

Enfin, il faut préciser que le Ministère a comparu à l'automne 2004 devant la Commission de l'administration publique pour traiter, notamment du suivi des services d'hébergement offerts aux personnes âgées.

La gestion de la durée moyenne des séjours hospitaliers et de la pertinence des hospitalisations, Tome II, 2001-2002

Au cours de l'année 2004-2005, le Ministère a traité plusieurs dossiers simultanément afin de diminuer la durée des séjours et de mettre en place une meilleure gestion de la pertinence des hospitalisations. Dans le but d'amener les agences et les établissements à revoir la durée moyenne des séjours par catégorie de chirurgies et à accentuer le recours à la chirurgie d'un jour, le Ministère a défini des objectifs de gestion plus précis concernant les listes d'attente tant en chirurgie avec hospitalisation qu'en chirurgie d'un jour et il en a effectué un suivi rigoureux.

Le Ministère a également soutenu les agences et les établissements dans l'implantation de suivis systématiques des clientèles et des trajectoires de soins (exemples : maladie pulmonaire obstructive chronique, prothèses de la hanche et du genou, insuffisance cardiaque). Cette mesure aura un effet direct sur la réduction de la durée des séjours et sur le recours aux diverses mesures alternatives à l'hospitalisation telles que l'utilisation de la chirurgie d'un jour et le suivi intensif à domicile.

Le suivi rigoureux des professionnels du CCNU auprès de 35 établissements présentant des écarts aux normes des durées de séjour dans les urgences a obligé ces établissements à réaliser un plan d'action visant le désengorgement. Ces actions visaient directement une meilleure gestion des durées moyennes de séjour des usagers hospitalisés, la pertinence des admissions, le recours aux alternatives à l'hospitalisation, un meilleur arrimage avec les services de première ligne (CSSS) et une meilleure prise en charge des personnes âgées présentant une perte d'autonomie.

Enfin, l'application de mesures spécifiques concernant les personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement et le recours à des alternatives autres que l'hébergement de longue durée favoriseront également la diminution des durées de séjour hospitalier pour cette clientèle.

La gouvernance des ressources informationnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux, Tome II, 2001-2002

Au regard des recommandations relatives à la planification et à la coordination des activités en matière de ressources informationnelles, des travaux importants ont été accomplis. Un plan d'informatisation élaboré en 2003-2004 a été soumis au Ministre en septembre 2004, à la suite d'une tournée d'information et d'échange auprès des agences et des établissements, des associations professionnelles et des associations d'établissements ainsi qu'auprès des fournisseurs. La préparation de ce plan a permis de formuler une vision et d'esquisser une stratégie de mise en œuvre. Au cœur du plan d'informatisation se dresse une architecture d'ensemble qui fournit les principales orientations sur les données, les traitements et les technologies. La mise à jour de l'inventaire des actifs informationnels faite par les établissements permet par ailleurs d'élaborer une démarche d'optimisation de l'exploitation des ressources informationnelles.

La mise en place de mécanismes de coordination s'avère essentielle à la réalisation du plan. Un comité exécutif regroupant les principales instances impliquées de même qu'un comité consultatif accueillant les associations concernées ont été créés. Le Comité de coordination et de concertation des ressources informationnelles, qui regroupe des représentants des agences, du Ministère, de la RAMQ et de la Sogique, a intensifié ses activités afin d'établir une relation étroite entre les stratégies régionales d'informatisation et le plan d'ensemble. Enfin, un bureau de coordination des projets a été mis sur pied et un premier plan maître a été produit. Par ailleurs, l'arrimage entre les plans régionaux d'informatisation et le plan maître est amorcé.

En ce qui a trait à la gestion des investissements, un arrimage important a été fait pour soutenir les priorités ministérielles et, notamment, l'organisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Un fonds partagé par le Ministère et le réseau a suscité la création d'un comité directeur s'occupant essentiellement de la gestion des projets financés par ce fonds.

Enfin, pour ce qui est du suivi de gestion, un système comptable informatisé regroupe maintenant une base de données sur l'ensemble des transactions financières avec le réseau de la santé et des services sociaux. Cet outil de gestion permet d'obtenir, en temps réel, un état financier précis des projets, favorisant ainsi une meilleure prise de décision et une stratégie proactive de planification de nos investissements futurs. De plus, en vue d'améliorer les processus opérationnels et tactiques de la gestion des services des technologies d'information ministériels, le Ministère a procédé à une analyse de maturité de ses processus. L'analyse a été faite en comparant chacun de ces processus aux meilleures pratiques de l'industrie selon l'approche ITIL (Information Technology Infrastructure Library). La mise en œuvre des premières recommandations découlant de cette analyse est prévue pour l'automne 2005.

Les services de santé mentale, Tome II, 2002-2003

Au cours de l'automne 2004, le Ministère a amorcé la préparation d'un plan d'action visant une couverture très large, comme cela était réclamé dans le Tome II du rapport de vérification 2002-2003. Le plan d'action prévoit des mesures pour les enfants, les jeunes et les adultes présentant des troubles mentaux. Des priorités ont aussi été établies pour les personnes présentant un risque suicidaire élevé. Enfin, les auteurs se sont assurés d'effectuer des liens avec le *Programme national de santé public 2003-2012* afin que l'ensemble des volets du système de santé mentale, allant de la prévention au traitement spécialisé, soient intégrés.

En janvier et février 2005, une version préliminaire du plan d'action était lancée, aux fins de consultation. Plus de cinq cents représentants du réseau de la santé et des services sociaux, du mouvement communautaire et de différentes associations et regroupements intéressés à la santé mentale ont émis des commentaires et des recommandations. De façon générale, les orientations du plan ont reçu une large adhésion. Des améliorations ont été apportées pour tenir compte des remarques des personnes consultées, et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* devrait être rendu public en juin 2005.

La gestion des répercussions sociales et économiques liées aux jeux de hasard et d'argent, Tome 11, 2002-2003

Le Ministère poursuit ses efforts dans la foulée des recommandations émises par le Vérificateur général. Ainsi, dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*, le Ministère a alloué, en 2004-2005, un montant supplémentaire non récurrent de 11,3 millions de dollars, notamment pour les mesures suivantes :

- le renforcement, sur les plans régional et local, de la prévention auprès des jeunes;
- l'évaluation et la bonification de l'aide téléphonique;
- le début des travaux pour la mise en place d'un système d'information clientèle pour le traitement des joueurs et de leurs proches.

Sur le plan de la recherche, le Ministère a travaillé à l'élaboration d'un appel d'offres ciblé visant à documenter les avantages et les coûts liés aux jeux de hasard et d'argent et a aussi procédé au renouvellement de l'entente MSSS/FQRSC concernant le programme de recherche thématique portant sur les impacts socioéconomiques des jeux de hasard et d'argent pour la période 2005-2008.

Par ailleurs, le Ministère a également préparé l'offre de service du programme dépendance qui s'est terminée à l'automne 2005. La problématique du jeu pathologique y a été intégrée. Cette offre définit des normes sur l'accessibilité, la qualité et l'intégration des services devant être offerts en première et deuxième lignes sur l'ensemble du territoire québécois et nomme les établissements et les organismes qui seront responsables de leur prestation. Cette offre de service permet notamment de préciser l'intensité des services offerts aux joueurs pathologiques et à leurs proches, ainsi que les mécanismes assurant la continuité des services entre les différents organismes qui les dispensent. Elle précise la trajectoire de services, laquelle sera supportée par des ententes de collaboration entre les différents prestataires de services. Enfin, elle contient un ensemble d'indicateurs qui permettront d'en suivre l'évolution.

La gestion des services sociaux aux jeunes, Tome 1, 2003-2004

Au cours de l'exercice 2004-2005, le Ministère a poursuivi ses efforts afin de corriger certaines lacunes soulevées par le Vérificateur général. Ainsi, dans le cadre de *La stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, le Ministère a investi 12 millions de dollars en 2004-2005 pour :

- la poursuite du développement du *Programme de soutien aux jeunes parents*;
- la poursuite des activités des équipes d'intervention jeunesse;
- et la mise en place d'équipes d'intervention de crise et de suivi intensif.

Le Ministère a également travaillé à la préparation de l'offre de service du programme jeunes en difficulté, qui sera terminée à l'automne 2005. Celle-ci définit des normes sur l'accessibilité, la qualité et l'intégration des services devant être offerts en première et deuxième lignes sur l'ensemble du territoire québécois et nomme les établissements et les organismes qui seront responsables de leur prestation. Cette offre de service permet également de préciser l'intensité des services offerts aux jeunes et à leur famille, ainsi que les mécanismes assurant la continuité des services entre les différents organismes qui les dispensent.

L'offre de service vient renforcer, par des normes cliniques, la nécessité d'élaborer des plans d'intervention et des plans de services individualisés. Elle précise également la trajectoire de services, laquelle sera supportée par des ententes de collaboration entre les différents prestataires de services. Elle contient, de plus, un ensemble d'indicateurs qui permettront d'en suivre l'évolution.

Par ailleurs, la mise en place du nouveau mode d'allocation des ressources, basé sur une approche populationnelle, de même que la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité avec les agences permettent au Ministère de signifier clairement au réseau les cibles de résultats à atteindre. Les systèmes d'information en place, I-CLSC et Projet intégration jeunesse, fournissent les données requises pour assurer cette reddition de comptes.

Les laboratoires de biologie médicale, Tome I, 2003-2004

En 2004-2005, plusieurs actions ont été entreprises par le Ministère pour faire suite aux recommandations du Vérificateur général. Au niveau de l'organisation régionale, le Ministère s'est assuré que l'ensemble des agences avaient effectué le redéploiement des services de laboratoire. De plus, afin d'assurer la pertinence des analyses, un document intitulé *La consolidation des services de biologie médicale* a été rédigé. Ce document renferme les éléments qui permettront de rendre opérationnelle la hiérarchisation des analyses selon des profils locaux, régionaux et suprarégionaux. Le document a été présenté au Comité de gestion du réseau (CGR) le 10 mars 2005. Il sera soumis au CODIR le 18 avril pour être entériné par les autorités ministérielles. Enfin, il sera transmis aux agences au mois d'août 2005, afin d'être mis en application.

En matière de reddition de comptes, le Ministère a élaboré un cadre formel avec la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité avec les agences. En ce qui concerne plus spécifiquement la gestion des laboratoires de biologie médicale, cinq attentes propres à ce programme ont été définies en 2004-2005 et feront l'objet d'un suivi à partir de l'exercice 2005-2006.

Enfin, en ce qui concerne le contrôle de la qualité, le Ministère a poursuivi les travaux afin de rendre obligatoire l'adhésion par tous les laboratoires de biologie médicale du Québec à la norme ISO 15189. Cette démarche se concrétisera en 2005-2006.

Les services de base, volets médical et réadaptation, Tome I, 2003-2004

En suivi des orientations de son *Plan stratégique 2001-2004*, le Ministère a mené au cours de l'année 2003 des travaux visant à définir l'offre de service généraux par tous les CSSS. Ainsi, en septembre 2004, le Ministère publiait le document intitulé *Les services généraux offerts par les Centres de santé et de services sociaux*, qui visait a circonscrire l'offre de service. Les services de physiothérapie, identifiés comme l'un des services de base en réadaptation, devraient éventuellement être offerts à l'ensemble de la population. Ils sont actuellement offerts à des clientèles spécifiques, plus particulièrement aux personnes postopérées en orthopédie. Devant la rareté des ressources financières et de la main-d'œuvre en réadaptation, l'obligation d'établir des priorités s'est imposée.

C'est ainsi que le Ministère a octroyé en 2003 un financement visant la réduction des listes d'attente en chirurgie orthopédique. Ce financement a permis de couvrir les services de base en réadaptation en phase posthospitalisation pour la clientèle orthopédique. Cette mesure concrète du Ministère a contribué à accroître les services de base en réadaptation.

La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la définition de l'offre de service basée sur les besoins de la population permettront éventuellement d'augmenter les ressources en réadaptation dans certaines régions.

Par ailleurs, le Ministère vise toujours à produire un plan d'organisation des services de base en réadaptation, avec des orientations claires, englobant des critères d'accès à ces services. L'élaboration de ce plan devra prendre en compte les différents profils de clientèle, les différents contextes de prestation de services (incluant les services de réadaptation à domicile), les différents modèles d'intervention clinique (incluant les systèmes informationnels) et d'organisation des services, de même que les catégories diverses de professionnels et d'établissements concernés.

Le Régime général d'assurance médicaments, Tome II, 2003-2004

Les différents problèmes soulevés dans le rapport du Vérificateur général font l'objet d'une réflexion au Ministère depuis un certain temps. En effet, un comité tripartite, formé de représentants du Ministère, de la RAMQ et du Conseil du médicament, a été mis en place en mai 2003 pour étudier les questions relatives au prix des médicaments et certaines questions connexes. Un rapport préliminaire a été soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux en novembre 2004. Les conclusions ont été intégrées dans le projet de politique du médicament rendu public le 16 décembre 2004.

Ce projet de politique comporte quatre axes : l'accessibilité des médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable, l'utilisation optimale des médicaments, et le maintien d'une industrie pharmaceutique dynamique au Québec. Le dépôt de cette politique était souhaité par le Vérificateur général. Une consultation publique sur ce projet de politique a débuté le 20 avril 2005. Par la suite, les travaux requis pour finaliser la politique du médicament et pour la mettre en œuvre se poursuivront.

Plusieurs des recommandations formulées par le Vérificateur général, relativement à la gestion de la Liste de médicaments, au contrôle de l'évolution du coût du régime public d'assurance médicaments et à l'utilisation optimale des médicaments, trouvent une réponse dans ce projet de politique. Quant aux observations faites par le Vérificateur général au sujet de l'accroissement rapide du coût lié à l'utilisation du pilulier, elles seront prises en compte lors des négociations avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Il demeure toutefois que l'utilisation de piluliers permet d'éviter les effets néfastes associés à la sous-consommation et à la surconsommation de médicaments.

Par ailleurs, des actions seront entreprises pour faciliter la circulation de l'information clinique entre les professionnels de la santé (ex. : la transmission de l'intention thérapeutique). L'adoption du projet de loi n° 83, soit la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, apparaît déterminante à cet égard.

Dans un autre ordre d'idées, il faut souligner que le *Plan stratégique 2005-2010* du Ministère comporte des objectifs relatifs au médicament. Ceux-ci portent sur l'adoption et la mise en œuvre de la politique du médicament de même que sur le suivi du Régime général d'assurance médicaments en ce qui a trait au maintien d'un accès économique raisonnable aux médicaments requis par la santé des personnes. L'atteinte de ces différents objectifs sera mesurée périodiquement à l'aide d'indicateurs particuliers.

6.8 Les engagements et les réalisations en ce qui concerne l'allègement réglementaire et administratif pour les entreprises

Dans le cadre de la *Politique d'allègement réglementaire et administratif pour les entreprises*, le Ministère a examiné les lois et les règlements sous sa juridiction ainsi que les formalités administratives imposées aux entreprises. Les lois et les règlements qui relèvent du Ministère ont très peu d'impact sur les entreprises. En outre, toutes les formalités exigées par le Ministère sont motivées par la protection de la santé publique et elles concernent l'obtention de permis que doivent détenir, par exemple, les embaumeurs, les directeurs de funérailles ainsi que les laboratoires d'orthèses et de prothèses. Par conséquent, une réduction de ces formalités porterait préjudice à la protection de la santé publique. Dans l'esprit de la politique, il faut signaler que, depuis le 1er avril 1999, les établissements privés et publics n'ont plus besoin de renouveler leurs permis d'exploitation aux deux ans.

Partie 7

Les annexes

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1)

Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28)

Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29)

Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01)

Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)

Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être (L.R.Q., c. C-56.3)

Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (L.R.Q., c. C-68.1)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. E-12.0001)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (L.R.Q., c. E-20.1)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (L.R.Q., c. H-1.1)

Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. I-11)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., c. I-13.1.1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons, les services ambulanciers et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (L.R.Q., c. M-1.1)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2)

Loi assurant la mise en oeuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (L.R.Q., c. M-35.1.3)

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1)

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1)

Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5)

Loi sur les sages-femmes (L.R.Q., c. S-0.1)

Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

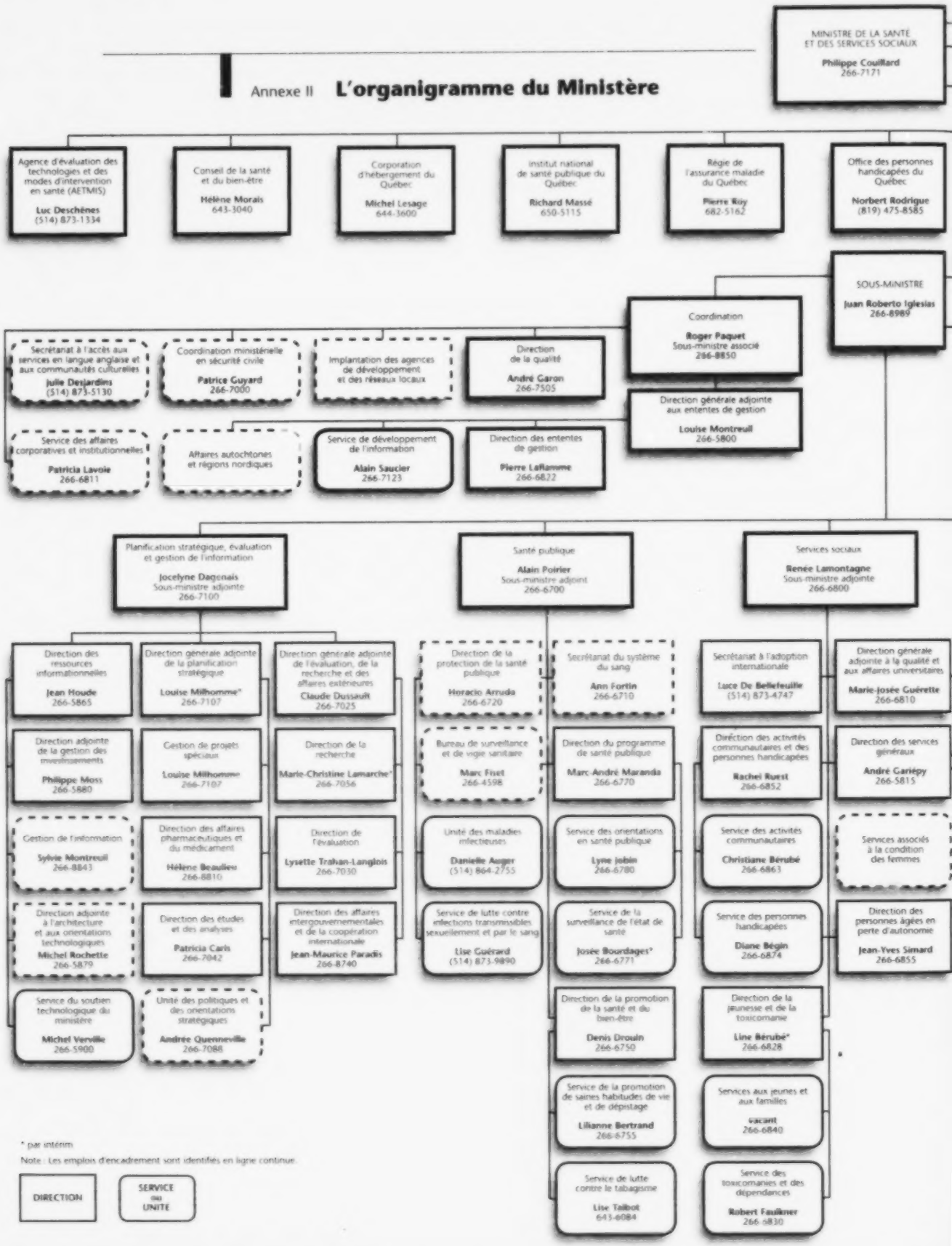
Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5)

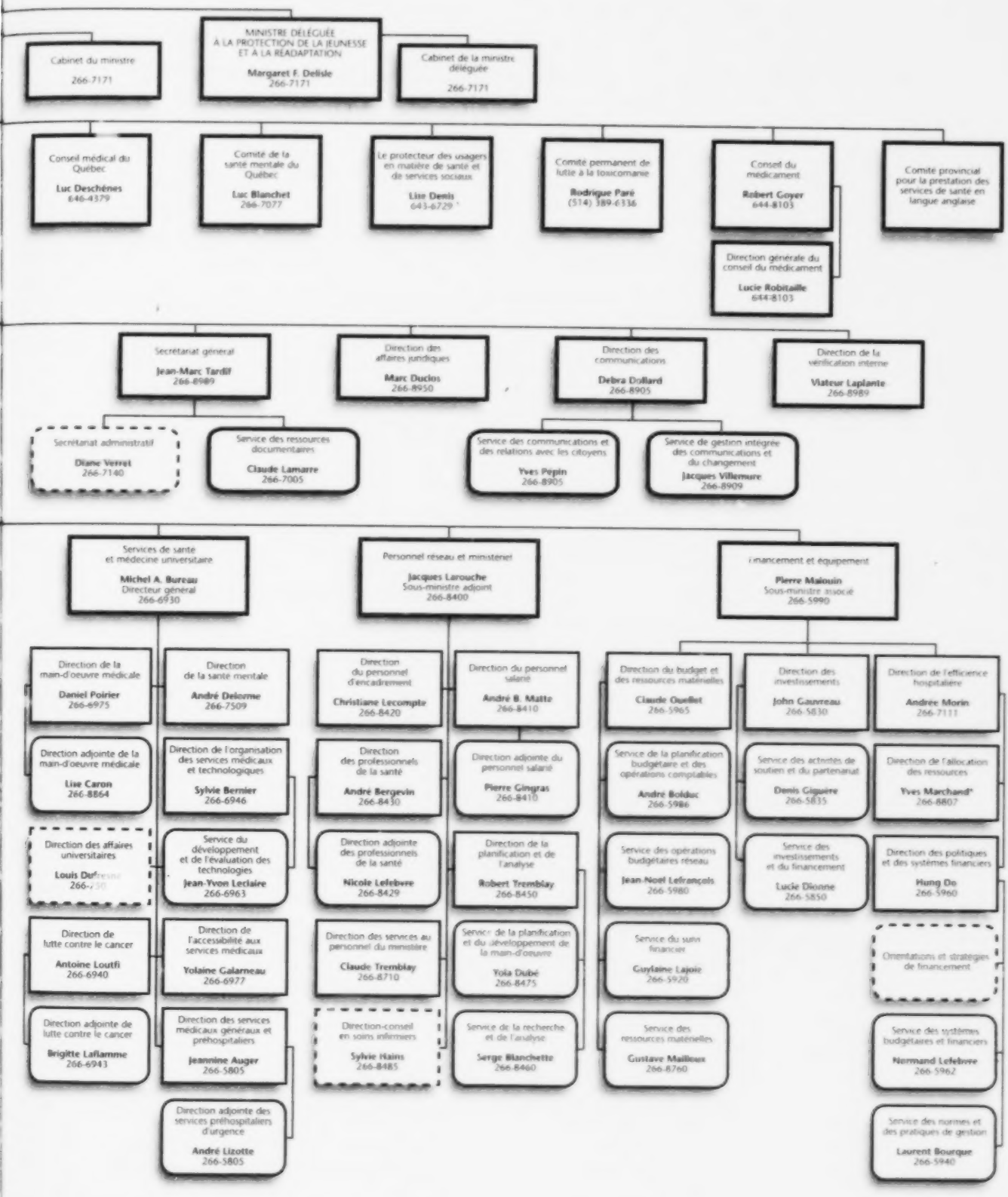
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)

Loi sur le tabac (L.R.Q., c. T-0.01)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (L.R.Q., c. U-0. 1)

Annexe II **L'organigramme du Ministère**




Cabinet du ministre
266-7171
MINISTRE DÉLÉGUÉE À LA PROTECTION DE LA JEUNESSE ET À LA RÉADAPTATION
Margaret F. Delisle
266-7171
Cabinet de la ministre déléguée
266-7171
Conseil médical du Québec
Luc Deschênes
646-4379
Comité de la santé mentale du Québec
Luc Blanchet
266-7077
Le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux
Lise Denis
643-6729
Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Rodrigue Paré
(514) 389-6336
Conseil du médicament
Robert Goyer
644-8103
Direction générale du conseil du médicament
Lucie Robitaille
644-8103
Comité provincial pour la prestation des services de santé en langue anglaise
Secrétariat général
Jean-Marc Tardif
266-8989
Direction des affaires juridiques
Marc Ducios
266-8950
Direction des communications
Debra Dollard
266-8905
Direction de la vérification interne
Viateur Laplante
266-8989
Secrétariat administratif
Diane Verret
266-7140
Service des ressources documentaires
Claude Lamarre
266-7005
Service des communications et des relations avec les citoyens
Yves Pépin
266-8905
Service de gestion intégrée des communications et du changement
Jacques Villemure
266-8909
Services de santé et médecine universitaire
Michel A. Bureau
Directeur général
266-6930
Personnel réseau et ministériel
Jacques Larouche
Sous-ministre adjoint
266-8400
Financement et équipement
Pierre Malouin
Sous-ministre associé
266-5990
Direction de la main-d'oeuvre médicale
Daniel Poirier
266-6975
Direction de la santé mentale
André Delorme
266-7509
Direction du personnel d'encadrement
Christiane Lecompte
266-8420
Direction du personnel salarié
André B. Maltz
266-8410
Direction du budget et des ressources matérielles
Claude Ouellet
266-5965
Direction des investissements
John Gauvreau
266-5830
Direction de l'efficience hospitalière
Andrée Morin
266-7111
Direction adjointe de la main-d'oeuvre médicale
Lise Caron
266-8864
Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques
Sylvie Bernier
266-6946
Direction des professionnels de la santé
André Bergevin
266-8430
Direction adjointe du personnel salarié
Pierre Gingras
266-8410
Service de la planification budgétaire et des opérations comptables
André Bolduc
266-5986
Service des activités de soutien et du partenariat
Denis Giguère
266-5835
Direction de l'allocation des ressources
Yves Marchand*
266-8807
Direction des affaires universitaires
Louis Dufresne
266-6930
Service du développement et de l'évaluation des technologies
Jean-Yvon Leclaire
266-6963
Direction adjointe des professionnels de la santé
Nicole Lefebvre
266-8429
Direction de la planification et de l'analyse
Robert Tremblay
266-8450
Service des opérations budgétaires réseau
Jean-Noël Lefrançois
266-5980
Service des investissements et du financement
Lucie Dionne
266-5850
Direction des politiques et des systèmes financiers
Hung Do
266-5960
Direction de lutte contre le cancer
Antoine Loutfi
266-6940
Direction de l'accessibilité aux services médicaux
Yolaine Galarneau
266-6977
Direction des services au personnel du ministère
Claude Tremblay
266-8710
Service de la planification et du développement de la main-d'oeuvre
Yola Dubé
266-8475
Service du suivi financier
Guylaine Lajoie
266-5920
Orientations et stratégies de financement
Direction adjointe de lutte contre le cancer
Brigitte Laflamme
266-6943
Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers
Jeannine Auger
266-5805
Direction-conseil en soins infirmiers
Sylvie Hains
266-8485
Service de la recherche et de l'analyse
Serge Blanchette
266-8460
Service des ressources matérielles
Gustave Mailloux
266-8760
Service des systèmes budgétaires et financiers
Normand Lefebvre
266-5962
Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
André Lizotte
266-5805
Service des normes et des pratiques de gestion
Laurent Bourque
266-5940

Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Président-directeur général : Dr Luc Deschênes

2021, avenue Union, bureau 1040
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les instances décisionnelles du système de santé et de services sociaux québécois au moyen de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, notamment par l'évaluation de leur efficacité, de leur sécurité, de leurs coûts, et du rapport entre ces coûts et cette efficacité, de même que par l'évaluation de leurs implications éthiques, sociales et économiques. Elle soutient également l'élaboration et la mise en œuvre de la politique scientifique du gouvernement du Québec.

La promotion de l'évaluation, le transfert des connaissances, la formation ainsi que le rayonnement de l'expertise québécoise sont également au cœur de sa mission. Ainsi, l'AETMIS joue un rôle moteur dans le développement de la culture scientifique au Québec et adhère aux principes directeurs de la *Politique québécoise de la science et de l'innovation*.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'AETMIS peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.aetmis.gouv.qc.ca].

Le Conseil de la santé et du bien-être
Présidente : Mme Hélène Morais

1020, route de l'Église, bureau 700
Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9
Téléphone : (418) 643-3040
Télécopieur : (418) 644-0654

Le Conseil de la santé et du bien-être a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats ; ces activités portent sur les objectifs de santé et de bien-être ainsi que sur les meilleurs moyens pour atteindre cet objectif.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.csbe.gouv.qc.ca].

Corporation d'hébergement du Québec
Président-directeur général : M. Michel L. Lesage

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 4M3
Téléphone : (418) 644-3600
Télécopieur : (418) 644-3609

La Corporation d'hébergement du Québec vise à devenir l'expert immobilier et financier de référence pour le réseau de la santé et des services sociaux. Elle a pour mission de concevoir et de mettre en œuvre des solutions à valeur ajoutée en matière d'immobilisations et de financement qui répondent aux besoins des organismes et des établissements du réseau sociosanitaire.

Le rapport annuel de gestion de la Corporation peut être consulté sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.chq.gouv.qc.ca].

Institut national de santé publique du Québec
Président-directeur général : M. Richard Massé

945, avenue Wolfe
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B3
Téléphone : (418) 650-5115
Télécopieur : (418) 646-9328

L'Institut national de santé publique du Québec vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission consiste à soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage. De façon plus précise, cette mission consiste, notamment, à développer la connaissance, à contribuer à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et de ses déterminants, à développer de nouvelles connaissances et approches en promotion, en prévention et en protection de la santé et à favoriser le développement de la recherche et de l'innovation en santé publique.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'Institut peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.inspq.qc.ca].

Régie de l'assurance maladie du Québec
Président-directeur général : M. Pierre Roy

1125, chemin Saint-Louis
Sillery (Québec) G1S 1E7
Téléphone : (418) 646-4636
Sans frais : 1 800 561-9749

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mission d'administrer les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'une quarantaine de programmes complémentaires. À cet effet, elle informe la population sur les services offerts, gère l'admissibilité aux régimes et aux programmes qu'elle administre et rémunère les professionnels de la santé pour les soins et les services qu'ils fournissent aux personnes assurées. De plus, elle fait en sorte que l'expertise et l'information qu'elle détient soient mises au service du ministre ainsi que des chercheurs et des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de la RAMQ peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ramq.gouv.qc.ca].

Office des personnes handicapées du Québec
Président-directeur général : M. Norbert Rodrigue

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : (819) 475-8585 ou, sans frais, 1 800 567-1465
Télécopieur : (819) 475-8753

En vertu de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, l'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonctions de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, d'informer et de conseiller les personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications de l'Office peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.ophq.gouv.qc.ca].

Conseil médical du Québec

Président : Dr Luc Deschênes

1020, route de l'Église, 7e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895

Par le mandat qui lui est confié, le Conseil médical du Québec doit fournir, au ministre de la Santé et des Services sociaux, des avis sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte de l'évolution des coûts de ces services, des besoins de la population et de la capacité de payer de cette dernière.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.cmed.gouv.qc.ca].

Comité de la santé mentale du Québec

Président : M. Luc Blanchet

1075, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : (418) 266-7077
Télécopieur : (418) 266-6708

Créé en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec est un organisme-conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ses mandats généraux sont :

- de conseiller le ministre sur les questions de santé mentale;
- de contribuer, par ses études et ses avis, aux fonctions de planification et d'évaluation dont le Ministère a la responsabilité en santé mentale.

Dans la foulée des travaux et des réflexions sur la modernisation des services de santé et des services sociaux, le gouvernement du Québec a décidé d'abolir le Comité de la santé mentale. Cette orientation a d'ailleurs été annoncée le 5 mai 2004 par le gouvernement dans son *Plan de modernisation 2004-2007*.

Ainsi, en 2004-2005, le Comité n'a pas entrepris de nouveaux travaux. Toutefois, les experts ont poursuivi et mené à terme les mandats déjà entamés :

- le développement des connaissances, la mise en réseau de l'expertise existante et la promotion des approches intersectorielles en matière :
  - de logement pour les personnes ayant des troubles mentaux graves;
  - d'intégration au travail des personnes présentant des troubles mentaux graves;
  - de santé mentale des jeunes (enfants et adolescents);
- la définition de critères relatifs à la qualité des services offerts dans la communauté, dans la perspective de repenser la qualité des services à partir du point de vue des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale;
- le projet sur les personnes ayant des troubles mentaux et sur la notion de parentalité a été achevé en décembre 2004.

Le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux
La Protectrice : M^me^ Lise Denis

500, boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 6.400
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Téléphone : (514) 873-3205 ou, sans frais, 1 877 658-2625
Télécopieur : (514) 873-5665

Le Protecteur des usagers veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers et des droits qui leur sont reconnus principalement dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pour ce faire, il examine en dernière instance les plaintes formulées par les usagers à l'endroit d'un établissement ou d'une agence et il intervient, exceptionnellement de sa propre initiative, pour assurer le respect des droits des personnes particulièrement vulnérables. Il s'assure également que la procédure d'examen des plaintes mise en place par les établissements et les agences est conforme à la loi, et ce, dans le respect des droits des usagers.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Protecteur des usagers peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.protecteurdesusagers.gouv.qc.ca].

Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Président : M. Rodrigue Paré

970, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Téléphone : (514) 389-6336
Télécopieur : (514) 389-1830

En 2004-2005, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie commémorait son 10^e^ anniversaire de fondation, avec le mandat suivant que lui avait initialement confié le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec :

- procéder chaque année à une analyse de la situation générale au Québec dans le domaine de la toxicomanie et, à cette occasion, décrire notamment l'évolution des déterminants et des méfaits, les nouveaux problèmes engendrés par la toxicomanie et les interventions qu'ils requièrent;
- à cet égard, conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet des orientations qui devraient être retenues par le Ministère et les autres acteurs sociaux dans une perspective de santé publique et proposer des priorités d'action ou préciser les domaines d'intervention à privilégier;
- déterminer les sujets de recherche les plus susceptibles de faire progresser les connaissances et la compréhension des questions liées à la toxicomanie;
- à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, formuler des avis sur les questions importantes relatives à la toxicomanie.

Dans la perspective d'une restructuration des organismes du gouvernement du Québec, le Comité a envisagé dès mai 2004 une réflexion afin que l'expertise développée puisse continuer de servir, au cours des prochaines années, l'ensemble de la population et les partenaires multisectoriels de la lutte aux dépendances. Une

série de rencontres avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et le Ministère ont eu lieu et des échanges se poursuivent en vue de préciser une avenue de solution.

Malgré les incertitudes, le Comité a maintenu en 2004-2005 ses engagements auprès du gouvernement, de ses partenaires et de la population en poursuivant ses multiples activités de conseil, de transfert des connaissances et de surveillance du phénomène de la toxicomanie.

Il a collaboré activement à l'élaboration du *Plan d'action national de lutte aux dépendances 2005* du gouvernement du Québec, a participé à l'organisation du Rond-Point 2005, un événement national en toxicomanie dont le maître d'œuvre est la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, ainsi qu'aux Entretiens de la Jacques-Cartier, initiés par le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec. De plus, le Comité a participé à de multiples reprises à des comités de sélection et à des tables de concertation pour des projets provinciaux et nationaux en toxicomanie.

Le Comité a réalisé six publications en cours d'année. En avril, il a procédé au lancement de *Drugs : Know the Facts, Cut Your Risks*, la version anglaise du livre le plus populaire sur les drogues au Québec depuis 2001 avec 125 000 copies vendues. En mai, il lança *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*, par Frank Vitaro, Jean-Marc Assaad et René Carbonneau. En octobre, ce fut le lancement de *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées*, par Mohamed Ben Amar, un guide pratique à l'intention des médecins et des pharmaciens. Il publia aussi un *Avis sur la réforme du système de santé et des services sociaux et ses impacts sur l'offre de service en matière de dépendances* et une étude sur *Le rôle des médecins dans le dépistage et l'intervention brève en toxicomanie au Québec*, par Pierre Rouillard, membre du Comité. En novembre, il organisa une conférence de presse pour présenter sa publication *Portrait de la consommation de psychotropes à Montréal*, en partenariat avec l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. Cette dernière publication fut possible grâce à la collaboration de plusieurs partenaires des secteurs de la santé, des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique.

Le Comité a aussi organisé en mai un dîner-conférence, où monsieur Frank Vitaro, professeur titulaire à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal, était invité à présenter les résultats de l'étude sur les parents d'enfants alcooliques, publiée en mai au Comité. Au total, 150 personnes furent au rendez-vous.

Toujours dans l'objectif de partager ses connaissances avec le plus grand nombre de personnes possible, le Comité a non seulement publié six publications et contribué à plusieurs événements, il a aussi maintenu un contact régulier avec la population en l'informant à travers les médias de l'évolution de la situation au Québec en matière de toxicomanie. Il continue aussi d'offrir toutes ses publications gratuitement sur son site Internet, qui a connu une croissance de sa fréquentation de près de 15 % au cours de l'année.

Ses réalisations et son expertise furent continuellement soutenues par les liens étroits que le Comité a entretenus avec de nombreux partenaires, que ce soit en santé, en services sociaux, en éducation, en justice ou en sécurité publique.

Conseil du médicament
Président : poste vacant
Vice-présidente : Dre Louise Roy

1195, avenue Lavigerie
1er étage, bureau 100
Sainte-Foy (Québec) G1V 4N3
Téléphone : (418) 644-8103
Télécopieur : (418) 644-8120

Le Conseil du médicament a pour fonction d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour des listes de médicaments (dont le coût est garanti par le régime général d'assurance médicaments et la liste des médicaments pour les établissements) et de favoriser leur utilisation optimale. À cette fin, le Conseil peut, notamment, réaliser ou soutenir des activités de revue de l'utilisation des médicaments, proposer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de formation, d'information et de sensibilisation à l'intention des professionnels et de la population, ou y contribuer, et voir tant à l'évaluation des problèmes liés à l'utilisation des médicaments qu'à la mise en place des mesures afin de les prévenir et de les résoudre.

Le Conseil a, en outre, pour responsabilité de soumettre au ministre des recommandations sur l'établissement et l'évolution des prix des médicaments ainsi que sur toute autre question que le ministre lui demande d'analyser.

Le rapport annuel de gestion et les autres publications du Conseil peuvent être consultés sur le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : [www.cdm.gouv.qc.ca].

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
Présidente : Mme Marjorie Goodfellow

201, boulevard Crémazie Est, bureau 1.03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Téléphone : (514) 873-5130
Télécopieur : (514) 873-9876

Le Comité provincial pour la prestation des services en langue anglaise tire son mandat de l'article 509 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, lequel énonce :

« Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation d'un comité provincial chargé de donner son avis au gouvernement sur :

1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;

2° l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence conformément à l'article 348. »

Du 1er avril 2004 au 31 mars 2005, les membres du Comité se sont rencontrés à cinq reprises. Ils ont effectué des démarches afin :

- d'identifier les enjeux actuels concernant la prestation des services en langue anglaise ;
- de mettre à jour et d'adopter un plan d'action triennal pour les années 2004 à 2007 ;
- d'adopter une politique de communication s'adressant aux membres du Comité ;
- de présenter au ministre des avis sur les propositions des 15 agences pour l'instauration des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à travers le Québec ;
- de présenter au ministre des avis sur le projet de loi n° 83, soit la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives ;
- de présenter au ministre des avis sur les balises du Ministère relativement à l'élaboration des projets cliniques ;
- d'établir des mécanismes de communication avec les représentants des différentes régions du Québec ;
- de relancer l'entente Canada-Québec en matière de santé et de services sociaux.

De plus, les membres du Comité se sont penchés sur le plan d'action en santé mentale et ils ont présenté un avis au ministre et à l'instance ministérielle concernée.

Par ailleurs, le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise a poursuivi ses activités en 2004-2005 en assurant la liaison entre les différentes instances du Ministère et du réseau. Il a fourni le soutien logistique et technique nécessaire au bon fonctionnement du Comité.

Santé
et Services sociaux
Québec

www.msss.gouv.qc.ca

05-102-01